



Mannasses Araujo Costa

Avaliação dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar-MA

São Luís-MA
2019

Mannasses Araujo Costa

Avaliação dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar-MA

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves.

São Luís-MA
2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Costa, Mannasses Araujo.

Avaliação dos serviços de Atenção Primária à Saúde em São José de Ribamar-MA / Mannasses Araujo Costa. - 2019. 104 f.

Orientador(a): Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Rede em Saúde da Família/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. 4. Serviços de Saúde. I. Alves, Maria Teresa Seabra Soares de Britto e. II. Título.

Mannasses Araujo Costa

Avaliação dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar-MA

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves
(Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Ana Cleide Mineu Costa
(Externa ao Programa)
Universidade CEUMA

Prof. Dr. Humberto de Oliveira Serra
(Externo ao Programa)
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Maria Helena Seabra Soares de Britto
(Suplente)
Universidade Federal do Maranhão

AGRADECIMENTOS

Sem dúvidas, esta é parte mais difícil da tese para escrever porque a vida não pode ser inteiramente contemplada em uma análise de regressão tampouco é pelo valor “p” que descobrimos a significância das pessoas na nossa trajetória.

Primeiro de tudo, gostaria de agradecer a Deus por me guiar, iluminar e me dar tranquilidade para seguir em frente com os meus objetivos mesmo quando desanimei com todas as dificuldades. Agradeço a Ele também por manter a minha esposa ao meu lado, com a saúde e resiliência que ela tem hoje.

A presente dissertação de mestrado não poderia chegar a bom porto também sem o precioso apoio de várias outras pessoas.

Em primeiro lugar, não posso deixar de agradecer a minha orientadora, Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves, por toda a paciência, empenho e sentido prático com que sempre me orientou neste trabalho. Muito obrigado por me ter corrigido quando necessário e pela forma que o fez, sem nunca me desmotivar.

Agradeço aos meus colegas do Mestrado do PROFSAUDE, em especial a Cristiane Silva e Wilka Castro que participaram da aventura que foi estudar a atenção primária de São José de Ribamar visitando praticamente todas as unidades de saúde daquele município.

Aos 11 alunos da graduação que formaram a equipe de pesquisa de campo, na figura do especial Cauby Arthur Moreno pela dedicação na digitação, verificação e análise de dados.

Agradeço a gestão do município de São José de Ribamar e funcionários das unidades de saúde que nos autorizaram e deram suporte a pesquisa em toda sua rede de atenção básica.

Por último, quero agradecer a todos da minha família que mesmo distantes fazem parte de mais essa minha conquista.

Todas as vossas coisas sejam feitas com amor.

1 Coríntios 16:14

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura a porta de entrada preferencial dos usuários de um sistema de saúde para todas as novas necessidades e problemas, e possui caráter estratégico na estruturação das ações. Enquanto modelo assistencial, é usualmente representada pelos serviços ambulatoriais direcionados a responder às necessidades de saúde mais comuns de uma população. Com o objetivo de compreender as diretrizes da APS, Barbara Starfield propôs o conceito de Atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) e derivados (orientação familiar, comunitária e competência cultural). A avaliação da qualidade da APS é mensurada a partir da presença e extensão dos atributos. O presente estudo avaliou a qualidade dos serviços na Estratégia Saúde da Família de São José de Ribamar-MA na perspectiva de 386 usuários e 73 profissionais. Os dados foram coletados por meio do Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) que tem versões para usuários adultos e crianças e profissionais de saúde. Na percepção dos profissionais, o resultado foi satisfatório (escore $\geq 6,6$) em todos os atributos avaliados, exceto no acesso de primeiro contato. Contudo, essa perspectiva difere quando analisamos os resultados desses serviços na perspectiva dos usuários, o desempenho foi insatisfatório em quase todos os atributos. As divergências encontradas nos resultados entre os sujeitos do estudo revelam que os serviços ofertados ainda não atendem todas as demandas de saúde da população nesse nível de atenção do município. Os gestores e profissionais devem desenvolver os métodos de avaliar a situação de saúde e apresentar meios que propiciem mudanças no processo de trabalho das equipes face o insatisfatório desempenho apresentado em quase todos os atributos na perspectiva dos usuários.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Serviços de Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The Primary Health Care (PHC) configures the preferential entry door of users of a health system for all new needs and problems and has a strategic character in the structuring of actions. As a care model, it is usually represented by ambulatory services directed to respond to the most common health needs of a population. In order to understand the guidelines of PHC, Barbara Starfield proposed the concept of essential attributes (access of first contact, longitudinality, comprehensiveness and coordination of care) and derivatives (family orientation, community and Cultural competence). The evaluation of the quality of PHC is measured from the presence and extent of the attributes. The present study evaluated the quality of services in the Family Health Strategy of São José de Ribamar-MA from the perspective of 386 users and 73 professionals. Data were collected through the Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brazil), which has versions for adult users and children and health professionals. In the professionals' perception, the result was satisfactory (score ≥ 6.6) in all attributes evaluated, except for first contact access. However, this perspective differs when analyzing the results of these services from the perspective of the users, the performance was unsatisfactory in almost all attributes. The divergences found in the results among the study subjects reveal that the services offered still do not meet all the health demands of the population in this level of care of the municipality. The managers and professionals should develop the methods of assessing the health situation and present means that provide changes in the work process of the teams against the unsatisfactory performance presented in almost all attributes from the perspective of users.

Keywords: Primary Health Care. Health Services. Health Services Evaluation.

RESUMEN

La Atención Primaria de Salud (APS) configura la puerta de entrada preferencial de los usuarios de un sistema de salud para todas las nuevas necesidades y problemas, y tiene un carácter estratégico en la estructuración de acciones. Como modelo de atención, suele estar representado por servicios ambulatorios dirigidos a responder a las necesidades sanitarias más comunes de una población. Para entender las pautas de APS, Barbara Starfield propuso el concepto de atributos esenciales (acceso al primer contacto, longitudinalidad, integralidad y coordinación de la atención) y derivados (orientación familiar, competencia cultural). La evaluación de la calidad de la APS se mide a partir de la presencia y el alcance de los atributos. El presente estudio evaluó la calidad de los servicios en la estrategia de salud familiar de São José de Ribamar-MA desde la perspectiva de 386 usuarios y 73 profesionales. Los datos se recopilaron a través de la Herramienta de Evaluación de Atención Primaria (PCATool-Brasil), que tiene versiones para usuarios adultos y niños y profesionales de la salud. En la percepción de los profesionales, el resultado fue satisfactorio (puntuación 6,6) en todos los atributos evaluados, excepto para el acceso al primer contacto. Sin embargo, esta perspectiva difiere al analizar los resultados de estos servicios desde la perspectiva de los usuarios, el rendimiento fue insatisfactorio en casi todos los atributos. Las divergencias encontradas en los resultados entre las asignaturas del estudio revelan que los servicios ofrecidos todavía no satisfacen todas las demandas de salud de la población en este nivel de atención al municipio. Los gerentes y profesionales deben desarrollar los métodos de evaluación de la situación de salud y medios presentes que proporcionen cambios en el proceso de trabajo de los equipos frente al desempeño insatisfactorio presentado en casi todos los atributos desde la perspectiva de usuarios.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Servicios de Salud. Evaluación de Servicios de Salud.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
APS	Atenção Primária à Saúde
AQ-PCP	ADHD Questionnaire for Primary Care Providers
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CED	Centro de Especialidades Diagnóstico
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CTA	Centro de Testagem Anônima
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAIMER	Foundation for Advancement of International Medical Education and Research
GPAG	General Practice, Assessment Questionnaire
HUUFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituição de Ensino Superior
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MFC	Medicina de Família e Comunidade
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOB/RH SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACOTAPS	Aplicativo para Atenção Primária em Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PCET WHO	Primary Care Evaluation Tool
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos Brasil
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
Pró-Saúde	Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
QualiAB	Questionário Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica
RP	Razão de Prevalência
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde

SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMA	Universidade Federal do Maranhão

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Escores dos atributos essenciais sob a perspectiva dos profissionais numa escala de 0 a 10. São José de Ribamar, 2018	49
Tabela 2 -	Escore dos atributos essenciais sob a perspectiva dos usuários numa escala de 0 a 10 sob a perspectiva dos usuários. São José de Ribamar, 2018	49
Tabela 3 -	Escore dos atributos derivados e componentes numa escala de 0 a 10. São José de Ribamar, 2018	49

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNDO	16
2.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL	17
2.3	AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APS	19
3	OBJETIVOS	21
3.1	OBJETIVO GERAL	21
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
4	METODOLOGIA	22
4.1	TIPO DE ESTUDO/DELINEAMENTO	22
4.2	LOCAL	22
4.3	SUJEITO DO ESTUDO/POPULAÇÃO ALVO	22
4.4	COLETA DE DADOS	24
4.4.1	Instrumentos de pesquisa	24
4.4.2	Coleta de dados	27
4.5	PLANO DE ANÁLISE	27
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	29
5	ARTIGO	30
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS	52

1 INTRODUÇÃO

Um dos primeiros documentos a registrarem a concepção de Atenção Primária à Saúde (APS) na perspectiva de hierarquização de serviços de saúde e organização regionalizada por nível de complexidade sob um território definido, conhecido como Relatório Dawson, foi elaborado em 1920 pelo Ministério de Saúde do Reino Unido. A definição de provisão sistematizada de serviços médicos e afins que deveriam estar disponíveis para a uma determinada população em um determinado território inspirariam a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, e este por sua vez serviu de parâmetro para a reorganização dos sistemas de saúde em diversos países do mundo. (LAVRAS, 2011).

A Declaração de Alma-Ata, de 1978, é considerada como a primeira declaração internacional que despertou e enfatizou a importância da APS. Nas proposições de Alma-Ata, a APS é entendida como função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo permanente de assistência sanitária - que inclui prevenção, promoção, cura, reabilitação - e, como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico, envolvendo a cooperação com outros setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde. (GIOVANELLA, 2008).

A APS configura a porta de entrada preferencial dos usuários de um sistema de saúde para todas as novas necessidades e problemas, e possui caráter estratégico na estruturação das ações (STARFIELD, 2002). Estudos vem demonstrando que a ESF apresenta impacto positivo sobre a mortalidade infantil por condições sensíveis à APS, e na qualidade da atenção pré-natal e de puericultura, além disso, ainda amplia o acesso a serviços de saúde para populações mais vulneráveis do ponto de vista sócio-sanitário. (BEZERRA FILHO et al., 2007; PICCINI et al., 2007; FACCHINI et al., 2008).

Enquanto modelo assistencial, a APS corresponde ao primeiro nível de atenção dentro dos sistemas de saúde e é usualmente representada pelos serviços ambulatoriais direcionados a responder às necessidades de saúde mais comuns de uma população. (STARFIELD, 2002).

Com o objetivo de compreender as diretrizes da APS foi proposto o conceito de Atributos essenciais e derivados. (STARFIELD, 2002).

Os atributos essenciais (BRASIL, 2013) são: acesso de primeiro contato, que define a APS como porta de entrada de fácil acesso ao usuário para o sistema de saúde a cada novo problema ou novo episódio de um problema; longitudinalidade, que pressupõe a existência de uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e usuários da área de cobertura de seu território; integralidade, que exige que a APS reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos que devem ser usados para abordá-los a fim de que o paciente receba todos os tipos de serviços de saúde; coordenação, que é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços prestados relacionada às necessidades para o presente atendimento.

Os atributos derivados (BRASIL, 2013), por sua vez são: orientação familiar, que leva em consideração o conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das doenças; orientação comunitária, que se refere ao conhecimento da equipe sobre as necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com essa comunidade. Implica, também, em uma relação direta, bem como no planejamento e na avaliação conjunta dos serviços; e competência cultural, que está relacionada à adaptação da equipe de saúde para facilitar a relação com populações de características culturais específicas.

Os serviços de APS organizados com base em seus atributos essenciais e derivados proporcionam melhores indicadores de saúde, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado e no fluxo dos usuários dentro do sistema, utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários além de diminuir as desigualdades de acesso aos serviços de saúde. (OPAS, 2011).

Donabedian, 1988, desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, considerados como uma tríade, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado. Os atributos da APS podem ser avaliados separadamente, apesar de serem intimamente inter-relacionados, para definir o grau de orientação à APS em que o serviço de saúde se encontra (LEÃO et al., 2011). A elaboração do Primary Care Assessment Tool (PCA-Tool), um instrumento para avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS, permite a análise dos componentes estrutura e processo dos serviços de cuidados primários e serem disponibilizados em diferentes formatos. (BRASIL, 2010).

No Brasil, o Ministério da Saúde desde meados da década de 1990, estabeleceu uma orientação normativa no sentido de estabelecer a Estratégia Saúde da Família (ESF) como porta de entrada resolutive do sistema de saúde. A ESF é considerada uma alternativa de ação para o alcance dos objetivos de universalização, equidade e integralidade. Por meio de atenção centrada na família, com seu contexto físico e social, permite aos profissionais uma visão ampliada das necessidades e intervenções que vão além das práticas curativas (OLIVEIRA, 2013). Contudo, o país ainda vive um contexto em que não há separação clara de funções específicas quanto à hierarquização por níveis de complexidade entre os diferentes tipos de serviços de saúde ofertados a população. Essa condição se destaca principalmente em municípios de grande porte, com maior sedimentação de estruturas tradicionais de oferta. (ALMEIDA et al., 2010; BRASIL, 2011).

No processo de validação do PCA-Tool para o Brasil foram necessárias adaptações para que se pudesse levar em consideração características culturais da população e do nosso sistema nacional de saúde (HARZHEIM et al., 2006a). O PCA-Tool se encontra validado em versões adulto, criança e profissionais.

A participação de múltiplos atores em processos avaliativos no intuito de incorporar as experiências decorrentes dos diversos saberes, bem como considerar a subjetividade presente nesse contexto oferece uma particular possibilidade de comparação entre a experiência de profissionais, gestores e usuários sobre a qualidade da atenção prestada pelos serviços. (CASTRO, 2012; SAMOTO, 2013).

Considerando que a avaliação multidimensional na identificação de conflitos e na busca de soluções por meio do envolvimento dos diferentes atores e o cenário da APS no Maranhão, que apresenta coberturas distintas da Estratégia Saúde da Família da ordem de 30% a 100% (PICCINI et al., 2007) associado ao fato de que ainda não foi realizado estudo com o objetivo de avaliar o alcance da reestruturação do modelo assistencial e o perfil profissional na rede básica no município de São José de Ribamar (PAULA et al., 2016), o presente estudo avaliou a qualidade dos serviços de APS no município a fim de subsidiar o planejamento de novas formas de organização, possibilitar o redirecionamento das práticas profissionais, auxiliar nos processos de tomada de decisão, respeitando-se as especificidades das realidades locais e regionais, almejando uma melhoria da qualidade dos serviços prestados à comunidade e, e última instância, o efetivo cumprimento dos princípios norteadores da APS e do SUS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Em virtude do contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) se caracterizar por ser um ambiente de muitas complexidades e de que os processos avaliativos se constituem como um dos melhores mecanismos de resposta às necessidades de informações de seus gestores, a breve revisão da literatura observa a APS no Brasil e no mundo, bem como a utilização do Primary Care Assessment Tool (PCATool), instrumento de avaliação de serviços de APS, em nosso país.

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNDO

Após a Segunda Guerra Mundial, o padrão de assistência à saúde pautado no saber médico e em práticas hospitalares e curativas foi disseminado, em detrimento das práticas preventivas desempenhadas pela Atenção Básica. Nas últimas décadas do século XX, em âmbito internacional, esse modelo passa a sofrer fortes críticas, tanto por questões de ordem econômica, tendo em vista os custos assistenciais de um modelo hospitalocêntrico, como pela duvidosa resolubilidade dos serviços. (BRAGA NETO, 2008).

O tema da qualidade da assistência à saúde tomou importância em virtude dos crescentes custos para manutenção dos serviços de saúde; incremento das demandas por cuidados de saúde; usuários mais exigentes com a qualidade dos serviços prestados; profissionais de saúde que desejavam condições adequadas de trabalho para um exercício ético nas instituições de saúde como dos governos que financiavam seus sistemas de saúde em diversos países. (RUELAS-BARAJAS, 1992; NUNES, 1999; CAMPBELL et al., 2000).

Em 1978, na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (APS) realizada em Alma-Ata e promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a saúde foi reconhecida como um direito humano básico, tendo como estratégia principal a APS e a participação dos usuários como requisito fundamental para o alcance da meta “Saúde para Todos no Ano 2000”. Nessa conferência se questionou o modelo médico hegemônico e a política de programas verticais de intervenção da OMS no combate às endemias em vários países em desenvolvimento, sobretudo da América Latina e do continente africano. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Nos países em desenvolvimento, apoiada pelo UNICEF, predominou o modelo de Atenção Primária Seletiva no qual um pacote restrito de serviços de baixo custo deveria ser destinado a controlar as principais doenças dos países pobres, desconsiderando a importância dos fatores econômicos e dos determinantes sociais sobre as condições de saúde da população. (MACIOCCO; STEFANINI, 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Apenas, em 2007, a OPAS propôs uma concepção mais abrangente da APS nas Américas, incluindo a importância da prevenção de doenças, promoção de saúde e qualidade da oferta de serviços. Esta abordagem mais integral ainda responsabilizava os governos pelo Sistema de Saúde baseado na APS como o caminho mais adequado para a produção de igualdade de modo sustentável. (OPAS/OMS, 2007).

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

No Brasil, desde o início do século XX algumas experiências de APS foram instituídas, de forma incipiente como os centros de saúde em 1924 que já se organizavam a partir de um contingente populacional e trabalhavam com educação sanitária, contudo mantinham a divisão entre serviços curativos e de prevenção. (MENDES, 2002).

O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado em 1942, através de acordo entre os governos brasileiro e norte-americano, tendo como funções o saneamento de regiões produtoras de matérias-primas estratégicas aos interesses militares dos Estados Unidos, como a borracha da região amazônica e o minério de ferro e mica do Vale do Rio Doce. Além disso, a criação dessa agência binacional procurou inicialmente prover a assistência médica aos seringueiros e o treinamento de profissionais de saúde, especialmente médicos, enfermeiras e engenheiros sanitários (CAMPOS, 2008). O SESP se expandiu nas regiões rurais brasileiras, onde construiu redes de unidades de saúde locais, focalizando tanto a medicina preventiva como a curativa, tendo como eixo principal, a educação sanitária nos mais variados espaços, dentre eles nas escolas primárias. (RENOVATO, 2010).

Rompendo com o modelo médico-privatista vigente até o início dos anos 80 e durante a crise do modelo médico-previdenciário do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), surgiram as Ações Integradas de Saúde

(AIS) baseadas em convênios entre estados e municípios, custeadas por recursos transferidos diretamente da previdência social, visando à atenção integral e universal dos cidadãos. Essas ações visavam ao fortalecimento de um sistema unificado e descentralizado de saúde voltado para as ações integrais. (MATTA; MORISINI, 2009).

Essas experiências anteriores somadas à constituição do SUS (Brasil, 1988) e sua regulamentação (Brasil, 1990) possibilitaram a construção de uma política de ABS que visasse à reorientação do modelo assistencial, tornando-se o contato prioritário da população com o sistema de saúde.

O Ministério da Saúde, em 2006, editou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), após revisão das diretrizes e normas para a organização da ESF. A portaria específica da PNAB, ampliou o escopo das ações da APS, colocou as unidades de saúde da família como portas de entrada preferenciais para o Sistema Único de Saúde (SUS) e como estratégia de organização dos sistemas locais de saúde.

A concepção da ABS desenvolveu-se como pode ser visto na portaria que institui a Política Nacional de Atenção Básica, definindo a ABS como:

Um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social. (BRASIL, 2006, p. 3).

A expansão APS vem ocorrendo por meio da implantação de equipes da ESF, que atuam com ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e na manutenção da saúde da comunidade, sendo cada equipe responsável pelo acompanhamento de um número definido de famílias em um território adscrito. Sua diretriz é trabalhar com ênfase na formação de vínculo com a população do território e o envolvimento das equipes no cotidiano da comunidade, procurando garantir a integralidade e longitudinalidade da atenção prestada. (BRASIL, 2007).

Por meio de atenção centrada na família, com seu contexto físico e social, permite aos profissionais uma visão ampliada das necessidades e intervenções que vão além das práticas curativas. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Alçada à condição de estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde, tem ainda um longo caminho a percorrer e obstáculos a ultrapassar, antes que seja alcançado o objetivo de efetivar uma clínica ampliada, que articule diferentes saberes, trabalhadores e setores da política pública, de modo a compreender e enfrentar os determinantes sociais do processo saúde-doença. (MOROSINI et al., 2017).

Entretanto, as recentes modificações introduzidas na PNAB 2017 trouxeram alguns mecanismos que promovem a relativização da cobertura universal, a definição de padrões distintos de serviços, a recomposição das equipes e a reorganização do processo de trabalho na AB, entre outras mudanças importantes, que também devem ser consideradas. Essas mudanças afetam diretamente as conquistas alcançadas pela ESF e os processos em curso. Desassistir frações da classe trabalhadora com alguma capacidade de comprar serviços de saúde – como parece ser o horizonte desenhado pela PNAB 2017 – significa que o Estado brasileiro atua, mais uma vez, em favor da ampliação da participação do setor privado na saúde, em detrimento de um sistema que nunca pôde ser inteiramente público. (BRASIL, 2017; MOROSINI et al., 2017).

2.3 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APS

A abordagem da Atenção Primária à Saúde como um meio de ofertar serviços restritos a populações marginalizadas vem gradualmente sendo substituída pela ampla disseminação da concepção de um elemento fundamental de estruturação dos sistemas de saúde, bem como dos seus atributos e funções em âmbito internacional. Essa mudança favorece não apenas a proposição de estratégias para a reorganização da APS, mas também da avaliação dos resultados obtidos. (MENDES, 2002).

Os trabalhos de Donabedian, iniciados nos anos 60, se tornaram a corrente de avaliação de qualidade dos serviços de saúde mais conhecida. Ele propôs as abordagens de estrutura, processo e resultado para avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Nessa tríade que compõe os fundamentos da Teoria dos

Sistemas, a estrutura e o processo podem influenciar o resultado que abrange as consequências do cuidado ou de sua falta. (DONABEDIAN, 1986).

A avaliação sistemática, a qual busca mensurar a qualidade dos serviços de saúde, é um grande desafio para os gestores no Brasil, pelo fato do país dispor de dimensão territorial continental e por contemplar atributos complexos. (OLIVEIRA et al., 2013).

A literatura registra instrumentos que possibilitam avaliar a APS com ênfase na aferição da presença e extensão de seus atributos essenciais e derivados. Entre os instrumentos disponíveis internacionalmente, o que mais se adequou ao que o APS brasileira preconiza é o PCATool. Esse foi criado por Starfield e colaboradores com base no modelo proposto pela tríade de Donabedian. A ferramenta é embasada nos atributos essenciais e derivados para funcionamento dos serviços da APS. (FRACOLLI et al., 2014).

A Primary Care Assessment Tool (PCATool) já foi validado no Brasil e avalia o grau de orientação à APS por meio de seus atributos, podendo ser aplicado a profissionais ou usuários de serviços de saúde e dirigido às ações de saúde de adultos ou crianças (em versões distintas), refletindo a experiência de grupos distintos. (HARZHEIM et al., 2006b).

Existem quatro elementos imprescindíveis, intitulados de atributos essenciais, para avaliação da APS, que são: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. Além desses, existem qualificadores, chamados de atributos derivados, que são: atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária e competência cultural. (STARFIELD, 2002).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade dos serviços de Atenção Primária em Saúde no município de São José de Ribamar/MA.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Identificar as características organizacionais dos serviços de Atenção Primária do Sistema Único de Saúde do município;
- 2) Mensurar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária nos serviços do ponto de vista de profissionais, usuários adultos e cuidadores de crianças;
- 3) Comparar a percepção dos atributos sob a perspectiva dos profissionais e dos usuários.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO/DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo de caráter avaliativo de abordagem quantitativa das características organizacionais e do desempenho dos serviços das equipes de Saúde da Família a partir dos atributos da Atenção Primária em Saúde (STARFIELD, 2002) realizada de outubro a dezembro de 2018 em São José de Ribamar.

4.2 LOCAL

O município de São José de Ribamar foi criado por meio da Lei Estadual n.º 758, de 24 de setembro de 1952, sendo desmembrado de São Luís e tendo como sede o distrito de Ribamar ocupando uma área territorial de 385,777 Km². Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2018, o município é a terceira maior cidade do estado do Maranhão (população estimada de 176 321 mil pessoas) com índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) em 2010 de 0,708 (alto), acima do IDH estadual de 0,639 (médio) no mesmo ano.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de São José de Ribamar em 2018 a cidade possuía 38 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Atenção Primária e 46 equipes trabalhando na Estratégia Saúde da Família que representava uma cobertura de 89,6% da população; 3 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF do tipo I); 1 equipe do Programa Melhor em Casa (EMAP e ENAD); 1 laboratório de análises clínicas; 1 laboratório de endemias. A atenção secundária é composta de 1 Hospital e Maternidade municipal; 1 Centro de Especialidades Diagnóstica (CED); 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); 1 Centro de Reabilitação Maria Amélia Bastos; 1 Serviço de Atendimento Especializado SAE/CTA; 1 base descentralizada do SAMU e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II). Apenas 9,76% da população possui plano de saúde. (BRASIL, 2018).

4.3 SUJEITO DO ESTUDO/POPULAÇÃO ALVO

A população do estudo foi composta por profissionais (incluindo aqueles em função de gestores das unidades) e usuários da ESF em São José de Ribamar.

Para a seleção dos profissionais não houve sorteio. Foram escolhidos como sujeitos da pesquisa todos os profissionais de ensino superior das 46 Equipes de Estratégia Saúde da Família. Todos os enfermeiros também ocupavam a função de diretores das Unidades de Saúde da Família. Não foram incluídos supervisores de área da ESF e coordenadores de nível central da Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS em virtude das especificidades do formulário PCA-Tool - versão para profissionais - que versa sobre ações relacionadas exclusivamente a prestação de assistência à saúde de enfermagem e médica. Para os profissionais foi adotado como critério de inclusão ter pelo menos 2 meses de experiência de atuação na equipe da ESF e não estar gozando de recesso, férias ou licença médica no período. Durante o período da coleta (outubro a dezembro de 2018), existiam equipes incompletas, com isso, do número total possível de 92 profissionais apenas 88 estavam em exercício. Após aplicar critérios de inclusão obteve-se um total de 82 profissionais elegíveis. Destes, quatro profissionais recusaram participar e outros dois profissionais não foram encontrados após três tentativas de aplicação das entrevistas em dias aleatórios de funcionamento da unidade de saúde. Alguns profissionais foram demitidos ou transferidos da UBS/ESF. Dessa forma, as perdas totalizaram nove indivíduos e a amostra final foi de 73 profissionais.

Foram selecionados 12 usuários de cada uma das equipes nas quais os profissionais também eram elegíveis. Foram visitadas 35 unidades de Saúde da Família do município, o que correspondia a 92,11% daquelas em funcionamento. As 44 Equipes de Saúde da Família daquelas unidades selecionadas foram incluídas no estudo, o que correspondeu a 95,65% de todas as equipes implantadas. Os usuários foram selecionados dentro das unidades de saúde em dias e turnos diferentes. Não se buscou tornar a amostra heterogênea por gênero ou idade. Ao final foram entrevistados 386 usuários (adultos e cuidadores).

No momento da visita na unidade, eram selecionados os usuários a partir dos seguintes critérios: qualquer sexo, com 18 anos de idade ou mais e cadastrados na ESF há pelo menos 1 ano ou terem sido atendidos anteriormente pela equipe de ESF pelo menos duas vezes, além de estarem aguardando na fila de espera para atendimento de enfermagem, médico ou odontológico ou já terem recebido atendimento no momento da entrevista. Para os usuários menores de idade ou portadores de alguma incapacidade que impedisse a resposta ao formulário, o respondente deveria ser maior de 18 anos de idade, tendo sido selecionados

aqueles familiares/cuidadores mais responsáveis pelo cuidado à saúde da criança ou do adulto incapacitado que já os tivessem acompanhado, pelo menos duas vezes, em atendimentos naquela Unidade de Saúde.

4.4 COLETA DE DADOS

4.4.1 Instrumentos de pesquisa

Foram utilizados instrumentos a partir dos componentes do Primary Care Assessment Tool (PCATool) que foram formulados e validados para avaliar a atenção primária (STARFIELD, 2002; ALMEIDA, MACINCKO, 2006; BRASIL, 2010; HAUSER, 2013). Embora o PCATool seja um instrumento originado em outros contextos de serviços de saúde organizados de forma diferente do Sistema Único de Saúde, os instrumentos que foram validados no PCATool-Brasil estão coerentes e compatíveis com as propostas da ESF brasileira. (REIS et al, 2013).

As versões utilizadas na presente investigação foram embasadas no marco teórico da atenção primária à saúde. Medem a presença e a extensão dos principais atributos (coordenação, acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, enfoque familiar, orientação para a comunidade) da atenção primária bem como o grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde. Nesta pesquisa três tipos de formulários foram aplicados, de acordo com o respondente: PCA-Tool Brasil versão Criança, Adulto e Profissionais.

No processo de validação da versão Criança e Adulto, alguns itens de importância conceitual não atingiram o ponto de corte estatístico definido pela literatura (DEVELLIS, 1991), contudo, optou-se por mantê-los no PCATool-Brasil, por se tratarem de aspectos fundamentais para avaliação da qualidade da APS. A versão para profissionais está em processo atual de validação, mas é possível o uso de uma versão em espelho da versão Adulto, com acréscimo de itens do atributo Integralidade da versão para Criança.

O instrumento da versão criança é composto por 55 itens divididos em 10 componentes relacionados da seguinte maneira aos atributos da APS:

1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A). Constituído por 3 itens (A1, A2 e A3);

2. Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B). Constituído por 3 itens (B1, B2 e B3);
3. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C). Constituído por 6 itens (C1, C2, C3, C4, C5 e C6);
4. Longitudinalidade (D). Constituído por 14 itens (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13, D14);
5. Coordenação – Integração de Cuidados (E). Constituído por 5 itens (E2, E3, E4, E5 e E6);
6. Coordenação – Sistema de Informações (F). Constituído por 3 itens (F1, F2 e F3);
7. Integralidade – Serviços Disponíveis (G). Constituído por 9 itens (G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8 e G9);
8. Integralidade – Serviços Prestados (H). Constituído por 5 itens (H1, H2, H3, H4 e H5);
9. Orientação Familiar (I). Constituído por 3 itens (I1, I2 e I3);
10. Orientação Comunitária (J). Constituído por 4 itens (J1, J2, J3 e J4).

Os itens do componente “Primeiro Contato - Utilização” e do componente “Coordenação - Sistema de Informações” não haviam atingido o ponto de corte estatístico para sua validação, mas devido a sua importância conceitual, esses itens foram mantidos no PCATool-Brasil versão Criança, assim como o item D1 do componente Longitudinalidade.

A versão validada do PCATool do Adulto contém 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS:

1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A). Constituído por 3 itens (A1, A2 e A3);
2. Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B). Constituído por 3 itens (B1, B2 e B3);
3. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C). Constituído por 12 itens (C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11 e C12);
4. Longitudinalidade (D). Constituída por 14 itens (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13 e D14);
5. Coordenação – Integração de Cuidados (E). Constituído por 8 itens (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9);

6. Coordenação – Sistema de Informações (F). Constituído por 3 itens (F1, F2 e F3);
7. Integralidade – Serviços Disponíveis (G). Constituído por 22 itens (G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14, G15, G16, G17, G18, G19, G20, G21, G22);
8. Integralidade – Serviços Prestados (H). Constituído por 13 itens para mulheres (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13) e 11 itens para homens (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11);
9. Orientação Familiar (I). Constituído por 3 itens (I1, I2, I3);
10. Orientação Comunitária (J) – constituída por 6 itens (J1, J2, J3, J4, J5, J6).

Os itens do componente “Coordenação - Sistema de Informações” não haviam atingido o ponto de corte estatístico para sua validação, mas devido sua importância conceitual, estes itens foram mantidos no PCATool Brasil versão Adulto.

O instrumento PCATool-Brasil versão profissionais é composto por 77 itens divididos em 8 componentes da seguinte maneira em relação aos atributos da APS:

1. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A). Constituído por 9 itens (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8 e A9);
2. Longitudinalidade (B). Constituída por 13 itens (B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12 e B13);
3. Coordenação – Integração de Cuidados (C). Constituído por 6 itens (C1, C2, C3, C4, C5 e C6);
4. Coordenação – Sistema de Informações (D). Constituído por 3 itens (D1, D2 e D3);
5. Integralidade – Serviços Disponíveis (E). Constituído por 22 itens (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21 e E22);
6. Integralidade – Serviços Prestados (F). Constituído por 15 itens (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12, F13, F14 e F15);
7. Orientação Familiar (G). Constituído por 3 itens (G1, G2 e G3);
8. Orientação Comunitária (H). Constituído por 6 itens (H1, H2, H3, H4, H5 e H6).

A versão para profissionais foi criada em espelho da versão PCATool Adulto, com acréscimo de itens do atributo Integralidade da versão para Criança.

Foram utilizadas 5 opções de respostas possíveis para cada pergunta e essas opções eram iguais para cada tipo de entrevistado: “com certeza sim”, “provavelmente sim”, “provavelmente não”, “com certeza não” e “não sei / não lembro”. Cada resposta foi então convertida em um escore ou escala *Likert*, que varia entre 1 e 4. O escore “1” corresponde à resposta “com certeza, não”, “2” corresponde à resposta “provavelmente não”, e assim sucessivamente. A opção “não sei/não lembro” foi computada como “0”.

4.4.2 Coleta de dados

Os 11 pesquisadores de campo (8 alunos do curso de graduação em Farmácia, Medicina e Nutrição e três alunos do Mestrado Profissional em Saúde da Família ABRASCO/FIOCRUZ) inicialmente, receberam treinamento que incluiu todas as etapas da pesquisa, desde a discussão dos objetivos e dos questionários; leitura e análise crítica das perguntas; instruções sobre os filtros para seleção do respondente, sobre o Termo de Consentimento e questões éticas da pesquisa; o correto preenchimento das respostas. Posteriormente, foi realizado no mês de setembro de 2018 o Teste Piloto na Unidade Básica de Saúde da Vila Itamar na região metropolitana de São Luís, que possibilitou ajustes na identificação dos entrevistados e sugestões de modificações na aplicação do instrumento.

As entrevistas foram realizadas no ambiente de trabalho dos profissionais entrevistados, sala de espera com os usuários e/ou durante reuniões que a gestão municipal promoveu com os enfermeiros da ESF que também exerciam a função de gestores no último trimestre de 2018.

4.5 PLANO DE ANÁLISE

De acordo com as instruções do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: o escore essencial foi calculado por meio da média dos atributos essenciais e o escore derivado foi obtido pela média dos atributos derivados. O escore geral foi obtido da média dos escores de cada componente. (BRASIL, 2010).

Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada

atributo ou seu componente. Para isso, seguiu-se a análise dos dados orientada pelo manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde primary care assessment tool pcatool – Brasil (BRASIL, 2010). Para isso, seguiu-se a análise dos dados orientada pelo manual e descrita abaixo:

- Transformação dos escores

1º Passo: Inversão dos Valores

O item A9 foi formulado de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Logo, este item deve ter seu valor invertido para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4).

2º Passo:

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) atingir 50% ou mais do total de itens de um componente (“A” a “H”), não calcule o escore deste componente para este entrevistado. O escore deste componente para este entrevistado ficará em branco (“*missing*”) no banco de dados.

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) for inferior a 50% do total de itens de um componente, transforme o valor “9” para valor “2” (“provavelmente não”). Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado.

Para transformar os escores em escala de 0 a 10 foi utilizada a seguinte fórmula: $[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10 / 4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})$. Ou Seja: $(\text{Escore obtido} - 1) \times 10 / 3$.

As respostas do instrumento foram digitadas e organizadas em um banco de dados no software Epi info versão 7.2 e analisadas no *software Stata* versão 14.2, sendo utilizado o intervalo de confiança de 95% nas análises estatísticas. Foi realizado análise de consistência em todo o banco de dados.

Foi utilizado um modelo de regressão de Poisson com variância robusta para cada uma das três variáveis desfecho: escore essencial, escore derivado e escore geral. Foi apresentada como medida de efeito a razão de prevalência (RP) com seus intervalos de confiança a nível de 95% (IC95%). O escore geral é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais aos componentes que pertencem aos atributos derivados divididos pelo número total de componentes. Os escores iguais ou maiores que 6,6 indicam uma extensão

adequada de cada atributo e uma forte orientação para Atenção Primária à Saúde. (BRASIL, 2010).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os entrevistados receberam explicação clara sobre os objetivos do estudo. As entrevistas foram iniciadas somente após a leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos adultos selecionados, respeitando-se os princípios éticos e legais da Resolução nº 466/12.

Para garantir a confidencialidade dos informantes apenas as respostas agregadas foram relatadas. Nenhuma resposta individual foi atribuída à sua fonte pessoal original. Todos os questionários e entrevistas foram guardados em lugar seguro e confidencial.

Os entrevistados puderam se recusar a participar ou a responder qualquer pergunta. Para assegurar a confidencialidade das informações e proteger a identidade dos usuários, eles não foram identificados.

O presente projeto fez parte do projeto intitulado Avaliação da qualidade dos serviços da Atenção Primária do Sistema Único de Saúde em dois municípios maranhenses CAAE 89446318.6.0000.5086 do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HUUFMA 2.788.428. (Anexo D).

5 ARTIGO

Os resultados e a discussão serão apresentados no formato de artigo.

Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos usuários e profissionais do SUS em um município maranhense.

Quality assessment of Primary Health Care services from the perspective of users and professionals of the Brazilian Unified Health System (SUS) in a city of Maranhão.

Evaluación de la calidad de los servicios de atención primaria de salud desde la perspectiva de los usuarios y profesionales del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil en una ciudad de Maranhão.

Resumo

O estudo avaliou os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos usuários e profissionais de 35 Unidades de Saúde na Estratégia Saúde da Família de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil. Os dados de 73 profissionais e 386 usuários foram coletados em entrevistas utilizando Primary Care Assessment Tool. Para os profissionais, o resultado foi satisfatório no Escore geral (7,54), Escore Essencial (7,28) e Escore Derivado (8,02), exceto no atributo acesso de primeiro contato. Os usuários avaliaram como insatisfatório todos os atributos. As divergências encontradas revelaram que as demandas da população não são atendidas nesse nível de atenção à saúde. Se a população não acessa os serviços, não se beneficia de nenhum dos outros atributos dessa modalidade de atenção.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Serviços de Saúde. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Avaliação em Saúde.

Abstract

The study evaluated the essential and derivative attributes of Primary Health Care from the perspective of users and professionals from 35 Health Centers of the Family

Health Strategy of São José de Ribamar, Maranhão, Brazil. Data from 73 professionals and 386 users were collected in interviews using Primary Care Assessment Tool. For the professionals, the result was satisfactory in the General Score (7.54), Essential Score (7.28) and the Derivative Score (8.02), except for the first-contact attribute. Users have evaluated how unsatisfactory all attributes. The divergences found revealed that the demands of the population are not met in this level of health care. If the population does not access the services, it does not benefit from any of the other attributes of this modality of attention.

Keywords: Primary Health Care. Health Services. Health Services Research. Health Evaluation

Resumen

El estudio evaluó los atributos esenciales y derivados de la atención primaria de salud desde la perspectiva de usuarios y profesionales de 35 unidades de salud de la Estrategia de Salud Familiar de San José de Ribamar, Maranhão, Brasil. Los datos de 73 profesionales y 386 usuarios fueron recogidos en entrevistas utilizando Primary Care Assessment Tool. Para los profesionales, el resultado fue satisfactorio en la Puntuación General (7,54), la Puntuación Esencial (7,28) y la Puntuación Derivada (8,02), excepto en el primer atributo de acceso de contacto. Los usuarios han evaluado lo insatisfactorios que son todos los atributos. Las divergencias encontradas revelaron que las demandas de la población no se satisfacen en este nivel de atención de la salud. Si la población no accede a los servicios, no se beneficia de ninguno de los demás atributos de esta modalidad de atención.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Servicios de Salud. Investigación sobre Servicios de Salud. Evaluación en Salud.

Introdução

Enquanto modelo assistencial, a APS corresponde ao primeiro nível de atenção dentro dos sistemas de saúde e é usualmente representada pelos serviços ambulatoriais direcionados a responder às necessidades de saúde mais comuns de uma população¹. Estudos vem demonstrando que a ESF apresenta impacto positivo

sobre a mortalidade infantil por condições sensíveis à APS, e na qualidade da atenção pré-natal e de puericultura, além disso, ainda amplia o acesso a serviços de saúde para populações mais vulneráveis do ponto de vista sócio-sanitário^{2,3,4}.

Um dos primeiros documentos a registrarem a concepção de Atenção Primária à Saúde (APS) na perspectiva de hierarquização de serviços de saúde e organização regionalizada por nível de complexidade sob um território definido, conhecido como Relatório Dawson, foi elaborado em 1920 pelo Ministério de Saúde do Reino Unido. A definição de provisão sistematizada de serviços médicos e afins que deveriam estar disponíveis para a uma determinada população em um determinado território inspirariam a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, e este por sua vez serviu de parâmetro para a reorganização dos sistemas de saúde em diversos países do mundo⁵.

A Declaração de Alma-Ata, de 1978, é considerada como a primeira declaração internacional que despertou e enfatizou a importância da APS. Nas proposições de Alma-Ata, a APS é entendida como função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo permanente de assistência sanitária - que inclui prevenção, promoção, cura, reabilitação - e, como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico, envolvendo a cooperação com outros setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde⁶.

No Brasil, o Ministério da Saúde desde meados da década de 1990, estabeleceu uma orientação normativa no sentido de estabelecer a Estratégia Saúde da Família (ESF) como porta de entrada resolutive do sistema de saúde. Contudo, o país ainda vive um contexto em que não há separação clara de funções específicas quanto à hierarquização por níveis de complexidade entre os diferentes tipos de serviços de saúde ofertados a população. Essa condição se destaca principalmente em municípios de grande porte, com maior sedimentação de estruturas tradicionais de oferta^{7,8}.

Os serviços de APS organizados com base em seus atributos essenciais (acesso de primeiro contato, Longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) e derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) proporcionam melhores indicadores de saúde, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado e no fluxo dos usuários dentro do

sistema, utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários além de diminuir as desigualdades de acesso aos serviços de saúde⁹.

Donabedian¹⁰ desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, considerados como uma tríade, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado. A elaboração do Primary Care Assessment Tool (PCA-Tool), um instrumento para avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS, permite a análise dos componentes estrutura e processo dos serviços de cuidados primários e serem disponibilizados em diferentes formatos¹¹.

O presente estudo avaliou a qualidade dos serviços de APS no município a fim de subsidiar o planejamento de novas formas de organização, possibilitar o redirecionamento das práticas profissionais, auxiliar nos processos de tomada de decisão, respeitando-se as especificidades das realidades locais e regionais, almejando uma melhoria da qualidade dos serviços prestados à comunidade e, em última instância, o efetivo cumprimento dos princípios norteadores da APS e do SUS.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caráter avaliativo de abordagem quantitativa das características organizacionais e do desempenho dos serviços das equipes de Saúde da Família a partir dos atributos da Atenção Primária em Saúde¹ realizada de outubro a dezembro de 2018 em São José de Ribamar. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2018, o município é a terceira maior cidade do estado do Maranhão (população estimada de 176 321 mil pessoas) com índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM)¹² em 2010 de 0,708 (alto), acima do IDH estadual de 0,639 (médio) no mesmo ano.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de São José de Ribamar em 2018 a cidade possuía 38 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Atenção Primária e 46 equipes trabalhando na Estratégia Saúde da Família que representava uma cobertura de 89,6% da população¹³.

A população do estudo foi composta por profissionais (incluindo aqueles em função de gestores das unidades) e usuários da ESF em São José de Ribamar. Para a seleção dos profissionais não houve sorteio. Foram escolhidos como sujeitos

da pesquisa todos os profissionais de nível superior das 46 Equipes de Estratégia Saúde da Família. Para os profissionais foi adotado como critério de inclusão ter pelo menos 2 meses de experiência de atuação na equipe da ESF e não estar gozando de recesso, férias ou licença médica no período. Durante o período da coleta (outubro a dezembro de 2018), existiam equipes incompletas, com isso, do número total possível de 92 profissionais apenas 88 estavam em exercício. Após aplicar critérios de inclusão obteve-se um total de 82 profissionais elegíveis. Destes, quatro profissionais recusaram participar e outros dois profissionais não foram encontrados após três tentativas de aplicação das entrevistas em dias aleatórios de funcionamento da unidade de saúde. Alguns profissionais foram demitidos ou transferidos da UBS/ESF. Dessa forma, a amostra final foi de 73 profissionais.

Foram selecionados 12 usuários de cada uma das equipes nas quais os profissionais também eram elegíveis. Foram selecionadas 35 unidades de Saúde da Família do município, o que correspondia a 92,11% daquelas em funcionamento. As 44 Equipes de Saúde da Família daquelas unidades selecionadas foram incluídas no estudo, o que correspondeu a 95,65% de todas as equipes implantadas. Os usuários foram selecionados dentro das unidades de saúde em dias e turnos diferentes. Em caso de usuários com menos de 10 anos, a entrevista era realizada com o cuidador. Não se buscou tornar a amostra heterogênea por gênero ou idade. Ao final foram entrevistados 386 usuários (adultos e cuidadores).

Nesta pesquisa três tipos de formulários foram aplicados, de acordo com o respondente: PCA-Tool Brasil versão Criança, Adulto e Profissionais¹¹.

Os 11 pesquisadores de campo (8 alunos do curso de graduação em Farmácia, Medicina e Nutrição e três alunos do Mestrado Profissional em Saúde da Família ABRASCO/FIOCRUZ) receberam treinamento que incluiu todas as etapas da pesquisa, desde a discussão dos objetivos e dos questionários; leitura e análise crítica das perguntas; instruções sobre os filtros para seleção do respondente, sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e questões éticas da pesquisa; o correto preenchimento das respostas. Posteriormente, foi realizado no mês de setembro de 2018, Teste Piloto em Unidade Básica de Saúde de São Luís-MA. Isso possibilitou ajustes na identificação dos entrevistados e sugestões de modificações na aplicação do instrumento.

As entrevistas foram realizadas no ambiente de trabalho dos profissionais entrevistados e/ou durante reuniões que a gestão municipal promoveu com os

enfermeiros da ESF que também exerciam a função de gestores no último trimestre de 2018. Os usuários foram entrevistados em local reservado, na unidade de saúde.

O escore essencial foi calculado por meio da média dos atributos essenciais e o escore derivado foi obtido pela média dos atributos derivados. O escore geral foi obtido pela média dos escores de cada componente¹¹.

Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes foram calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compunham cada atributo ou seu componente e transformados em escala de zero a dez. Para isso, seguiu-se a análise dos dados orientada pelo manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde *primary care assessment tool pcatool-Brasil*¹¹.

As respostas do instrumento foram digitadas e organizadas em um banco de dados no software Epi info versão 7.2 e analisadas no *software Stata* versão 14.2, sendo utilizado nas análises estatísticas o intervalo de confiança a nível de 95% e o desvio padrão. Foi realizada análise de consistência em todo o banco de dados.

Os entrevistados puderam se recusar a participar ou a responder qualquer pergunta. Para assegurar a confidencialidade das informações e proteger a identidade dos usuários, eles não foram identificados.

Este artigo é parte do projeto intitulado Avaliação da qualidade dos serviços da Atenção Primária do Sistema Único de Saúde em dois municípios maranhenses CAAE 89446318.6.0000.5086, aprovação 2.788.428.

Resultados

A amostra final foi de 73 profissionais de 44 equipes de Saúde da Família (eSF). As 44 eSF estavam lotadas em 35 Centros/Unidades de Saúde da Família nos quais foram aplicados os formulários aos profissionais e usuários do serviço de saúde. Ao todo, foram entrevistados 386 usuários (354 usuários adultos e 32 acompanhantes de crianças).

Na tabela 1 são apresentados os escores dos atributos essenciais e de seus componentes. Sob a perspectiva dos profissionais, somente o atributo acesso ($3,91 \pm 0,4$) apresentou escore médio abaixo do ponto de corte (6,6), e o escore mais alto foi o do componente sistema de informação do atributo coordenação ($8,93 \pm 0,4$). Sob a perspectiva dos usuários, o componente acessibilidade do atributo acesso

teve o escore mais baixo ($3,43 \pm 0,1$) da APS. Apenas o componente utilização ($7,77 \pm 0,2$) também do atributo acesso e o componente sistema de informação do atributo coordenação ($6,97 \pm 0,2$) foram considerados altos escore (igual ou acima de 6,6).

Os atributos derivados, que compõem a avaliação da Atenção Primária à Saúde de acordo com a proposta de Starfield¹ são compostos pela Orientação Familiar e Orientação Comunitária e estão discriminados na tabela 2. A análise dos atributos derivados evidenciou na orientação familiar o mais alto escore de um atributo da APS ($8,9 \pm 0,4$) na avaliação dos profissionais. Em contraste, a orientação comunitária apresentou a pior pontuação dos atributos derivados ($5,03 \pm 0,3$) na avaliação dos usuários.

A presença e a extensão dos atributos da APS considerando os escores médios são apresentadas na tabela 3. A média dos escores essenciais e derivados da APS para os profissionais foram de 7,28 ($\pm 0,2$) e 8,02 ($\pm 0,3$); e de 5,44 ($\pm 0,2$) e 5,27 ($\pm 0,3$) para os usuários, respectivamente.

Discussão

Os resultados desse estudo mostraram que a percepção dos profissionais sobre a qualidade da assistência à saúde na APS em São José de Ribamar difere da percepção dos usuários desses serviços. Os resultados foram significativamente mais altos na percepção dos profissionais, exceto para o atributo acesso de primeiro contato. A estimativa desse atributo não teve diferença estatisticamente significativa quando analisado comparativamente, ou seja, tanto os profissionais quanto os usuários avaliaram o acesso de primeiro contato como insatisfatório. Ressaltamos que barreiras ao acesso ao sistema de saúde não permitem que a população acesse os serviços do primeiro nível de atenção à saúde, não se beneficia de nenhum dos outros atributos essenciais e derivados da APS.

O grau de orientação à APS, expresso pelo Escore Geral, com base no instrumento PCATool-Brasil versão profissional da saúde, revela que os serviços de atenção primária do município podem ser classificados como serviços de forte orientação para a APS. Contudo, sob a perspectiva dos usuários apresenta um baixo escore (menor que 6,6). Os maiores escores, para ambos os sujeitos da

pesquisa, foram encontrados no componente sistema de informação do atributo essencial coordenação do cuidado e no atributo derivado de orientação familiar.

A utilização do instrumento PCATool-Brasil em suas três versões (adultos, crianças e profissionais) para avaliar a qualidade dos serviços de APS tem aumentado nos últimos anos e sua escolha pode ter relação com a publicidade pelo Ministério da Saúde¹¹, que desde 2010 disponibiliza o instrumento validado em seus veículos oficiais de comunicação.

O PCATool permite um processo de avaliação com agilidade e baixo custo do processo de trabalho dos serviços de saúde em virtude da sua compreensão e aplicação fáceis. É um instrumento aferidor eficaz por apresentar as condições dos serviços de saúde¹⁴.

A avaliação da presença e extensão dos atributos da APS é fundamental para mensurar os resultados e a qualidade da assistência, serve como parâmetro para que gestores e profissionais trabalhem as práticas de saúde, planejem e orientem as políticas públicas no sentido de promover avanços no sistema de saúde local e com isso melhorar a qualidade da atenção à saúde prestada à população de um território^{15,16}.

Após análise comparativa entre escores de cada atributo da APS, evidenciou-se que, em geral, os profissionais avaliam a Atenção Primária à Saúde de forma mais positiva que os usuários. Para os profissionais, os seus serviços desempenham esses atributos de forma satisfatória, como mostra a predominância dos escores acima do valor 6,6. Esse resultado obtido em São José de Ribamar corrobora com os achados em outros estudos, onde a avaliação dos profissionais é sempre mais positiva do que a dos usuários^{14,16,17,18,19}. Os escores Essencial, Derivado e Geral avaliados pelos usuários não apresentaram índices satisfatórios. Esse achado é semelhante em outros estudos utilizando o PCATool na perspectiva de usuários¹⁵.

Estudos que avaliaram a APS com a mesma metodologia apontam que profissionais tendem a avaliar melhor a qualidade dos serviços^{20,21}. Já os usuários e cuidadores tendem a ser mais críticos²². Frente a contradição observada na perspectiva dos profissionais e usuários em relação aos escores dos atributos avaliados, a visão holística da antropologia na pesquisa sobre qualidade dos serviços de saúde de Atkinson²³ demonstra que as abordagens rápidas assumem que o conflito entre os prestadores e usuários de serviços de saúde resultam apenas

dos diferentes modelos explanatórios e são assim resolvíveis através da formação e da educação. A qualidade do serviço deve ser focada em contextos mais amplos da estrutura do serviço de saúde, e as circunstâncias socioeconômicas da vida do usuário.

Na avaliação do serviço de saúde de São José de Ribamar foram observadas importantes divergências na percepção de usuários e profissionais em todos os indicadores calculados, exceto no atributo acesso. Este, apesar de apresentar maior escore na avaliação dos usuários, não mostrou diferença estatisticamente significativa. Ou seja, tanto os profissionais quanto os usuários consideram insatisfatório o acesso aos serviços. Esses achados são comumente encontrados em estudos avaliativos que envolvem múltiplos atores e podem estar relacionados também à diferença do nível de conhecimento desses atores sobre os itens presentes nos formulários. É provável que haja diferentes interpretações em relação ao reconhecimento dos atributos propostos na prática profissional, na estrutura e no processo de trabalho das equipes e da própria unidade, na oferta de serviços assistenciais, na necessidade de rastreamento, estratégias de prevenção de doenças, na disponibilidade de insumos bem como a divergência de interesses de profissionais e usuários, entre outros^{20,22}.

A expressão do acesso de primeiro contato implica para os profissionais e usuários em acessibilidade e utilização dos serviços ofertados na APS, frente a uma nova demanda de saúde ou a um novo episódio de um mesmo problema¹. Assim, a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade em saúde. O acesso é o primeiro atributo essencial capaz de gerar impacto em indicadores de saúde²⁴. Se a população não acessa os serviços do primeiro nível, não se beneficia de nenhum dos outros atributos dessa modalidade de atenção^{25,26}. Em virtude disso, de forma geral, o acesso é o indicador que recebe as piores pontuações em diversos estudos avaliativos^{14,20,21,22,32,33,34}. Em concordância com o presente estudo, o escore desse atributo também foi o mais baixo na perspectiva dos usuários e dos profissionais. Tal fato revela a imensa oportunidade de melhoria nos processos de trabalho e na utilização de ferramentas de avaliação do desempenho do sistema de saúde.

A longitudinalidade está relacionada à satisfação do usuário²⁷. Para esse atributo essencial, a percepção dos profissionais, usuários e cuidadores é muito importante, tendo em vista que o cuidado longitudinal implica na existência de uma

fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde¹.

No instrumento PCATool-Brasil¹¹, verifica-se que o atributo acesso de primeiro contato estabelece forte relação com a flexibilidade de dias e horários de atendimento das unidades, disponibilidade dos profissionais para escuta inicial, acolhimento ou atendimento dos usuários de forma ágil e oportuna, inclusive para orientações por telefone ou marcação de consulta de rotina. As questões sobre o cuidado longitudinal estão baseados no desenvolvimento do vínculo entre profissionais e usuários do serviço e na “continuidade informacional”, que se dá pelo acúmulo de conhecimento que se constrói em relação ao sujeito²⁸, pelos registros físicos pontuados pela equipe de saúde sobre doenças prevalentes na família, uso de medicações e dificuldade em adquirir aquelas que não estão disponíveis para dispensação na farmácia da unidade.

Assim como observado por Araujo et al.¹⁹, a limitação do horário de funcionamento das unidades foi considerada um dos fatores que dificultam o acesso. Da mesma forma, a organização da agenda de atendimento dos profissionais de nível superior das equipes da ESF, limitando ou priorizando o acesso para assistência nos moldes dos antigos programas verticais de saúde (saúde da mulher com prioridade no pré-natal, sem estratificação de risco a cada consulta e HIPERDIA), e para criança doente, em detrimento do acompanhamento de puericultura (crescimento e desenvolvimento) também são fatores que dificultam o acesso. No caso de São José de Ribamar, o baixo score de acesso pode ser consequência da política de horário de funcionamento das unidades de saúde (7h às 17h de segunda a sexta), sendo que 26 unidades só funcionam no turno matutino em virtude da redução de carga horária dos profissionais de 40 para 20h/semana. Esses fatores restringem ainda mais o acesso, fato evidenciado no campo, durante a realização das entrevistas. A falta de telefone para contato foi outro fator que contribuiu para o baixo score de acesso - semelhante ao encontrado por Cesar²⁹ em Piracicaba - bem como a ausência de flexibilidade de dias e horários de atendimento nas unidades. Resultados estes, também evidenciados em São Luís, em conformidade com estudo de Reis et al.²².

Em São José de Ribamar, algumas características são comuns aos serviços de APS. As unidades de saúde não funcionam durante a noite, nem nos finais de semana, contudo a marcação de consultas de referência para outro nível de atenção

é realizada no próprio serviço ao qual o usuário é afiliado. Face a essa realidade os itens do questionário, tais como atendimento nos finais de semana, após as oito horas da noite, no mesmo dia, mas com tempo de espera superior a 30 minutos ou quando o serviço está fechado, e a disponibilidade de telefone para contato foram acentuadamente avaliados de forma negativa tanto pelos profissionais quanto pelos usuários. Evidências similares foram encontradas por Hauser et al.³⁰ em Porto Alegre, principalmente no que diz respeito à disponibilidade de um número de telefone para contato.

De acordo com Starfield¹, os atributos essenciais se relacionam entre si, daí a necessidade de que o serviço habitual de atenção seja integral e coordenador do cuidado. No atributo coordenação dos cuidados, o componente sistema de informação é um dos mais bem avaliados em quase todos os estudos sob a perspectiva de usuários^{15,31,32} e profissionais^{14,21,33,34}. Leva em consideração a apresentação de carteira de vacina, fichas de atendimento, disponibilidade do prontuário durante a atividade assistencial bem como o direito do paciente ou cuidador ler seu prontuário ou ficha. Contudo o escore médio desse atributo foi considerado insatisfatório no presente estudo assim como no estudo realizado por Paula et al.³² em um município-polo do Vale do Jequitinhonha.

Para obter um alto escore, a coordenação do cuidado precisa garantir a continuidade da atenção nos demais pontos de serviços. Na sua essência, a integração do cuidado e a utilização do sistema de informações devem ser capazes de dar respostas às demandas de saúde da população. Na percepção dos profissionais, os maiores desafios da coordenação foram observados na marcação de consultas e exames na rede ambulatorial especializada, assim como receber do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado. Potencializar a APS como centro ordenador e integrador das redes de serviços e das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde é um dos principais desafios para os gestores municipais³⁵.

Os problemas relacionados à coordenação do cuidado em virtude da fragmentação da rede de saúde e à falta de comunicação entre os diferentes serviços (referência e contrarreferência) se constituem em desafios não apenas para São José de Ribamar, mas para toda a região metropolitana de São Luís. Uma coordenação de cuidados inadequada se reflete em baixo desempenho de todos os atributos essenciais da APS. Esse atributo é considerado pilar da concepção

estruturante e complexa da APS, por pressupor alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja pelo reconhecimento de problemas abordados em outros serviços¹⁵.

A avaliação do leque de serviços disponíveis e ofertados do atributo integralidade, pelos usuários, também não foi satisfatória^{15,31,32}. Nessa dimensão, os profissionais avaliaram que a oferta de serviços está adequada assim como nos estudos realizados em Curitiba³³, Lajeado¹⁴, Chapecó²¹ e Passos³⁴. A prática da integralidade demanda da APS o reconhecimento da necessidade de saúde da população relacionadas à compreensão do conceito amplo de saúde. Demanda também que sejam disponibilizados os recursos e estruturas necessárias para atendê-la³¹ e que contribua para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde ofertados³².

Em relação ao Escore Derivado, representado pela orientação familiar e comunitária, a percepção dos profissionais da saúde é de que os serviços apresentam forte orientação à APS. O indicador foi considerado satisfatório, assim como nos estudos de Chomatas et al.³³ e Ferreira et. al.³⁴ realizados em Curitiba e Passos, respectivamente. Para os usuários, os dois atributos obtiveram escores insatisfatórios, sendo que o atributo orientação comunitária apresentou o pior desempenho. Esse atributo também foi considerado insatisfatório em diversos estudos^{15,31,32}.

A orientação familiar e comunitária é uma prática que necessita, antes de tudo, que o profissional se conscientize da necessidade da clareza da comunicação, a fim de facilitar a vinculação do paciente a eSF. Com o vínculo estabelecido, o profissional e a equipe podem sanar dúvidas dos usuários que buscam orientações, conhecer os problemas de saúde da comunidade que atende e estimular a participação de usuários no Conselho Local de Saúde¹¹.

Um possível limite do estudo se encontra na definição pelo PCATool-Brasil de que todos os atributos previstos no instrumento possuem o mesmo peso, supondo que o desempenho dos serviços pode ser avaliado exclusivamente pela presença e extensão desses atributos da APS. No cenário atual em que vivemos uma hipertrofia dos atributos derivados, utilizar apenas a autorreferida experiência dos profissionais envolvidos na atenção como critério avaliador, não incorporando, por exemplo, a avaliação técnica do serviço prestado, resulta em elevação do escore geral em virtude dos altos escores dos atributos derivados^{33,34,36}.

Outra limitação do estudo está relacionada ao próprio instrumento de avaliação utilizado, às dimensões e itens contemplados no mesmo que o torna muito extenso para aplicação aos usuários e profissionais. No entanto, o PCATool - Brasil foi escolhido por ser um instrumento de avaliação com parâmetros internacionais de qualidade da atenção primária, o que possibilita comparações com outras iniciativas¹⁸. Uma estratégia pode ser a utilização da versão reduzida do PCATool³⁷, tendo em vista um conjunto de perguntas mais objetivas, baseadas na discriminação e na relevância teórica para o escore de orientação à APS³⁸.

Conclusão e Considerações finais

A avaliação dos serviços de Atenção Primária à Saúde ao verificar a presença e a extensão dos atributos da APS, na percepção dos dois sujeitos estudados, identificou que a qualidade referida na perspectiva dos profissionais não é a mesma que é percebida pelos usuários. Os resultados aqui apresentados revelam um melhor desempenho dos atributos da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais com resultado satisfatório em todos os atributos avaliados, exceto no acesso de primeiro contato. Contudo, essa percepção difere quando analisamos os resultados desses serviços na perspectiva dos usuários. Na perspectiva dos usuários, os três escores estimados assim como as médias obtidas nos seis componentes foram insatisfatórios.

O estudo evidencia que há divergência sobre a orientação dos serviços de atenção primária do município para a APS quando analisada na perspectiva dos profissionais e dos usuários. Assim, as divergências encontradas nos resultados entre os sujeitos do estudo revelam que os serviços ofertados ainda não atendem todas as demandas de saúde da população nesse nível de atenção do município. Dessa forma, além do aperfeiçoamento técnico constante das equipes de saúde, as unidades precisam funcionar em conformidade com as necessidades dos usuários. Os gestores e profissionais devem desenvolver métodos de avaliar a situação de saúde e apresentar meios que propiciem mudanças no processo de trabalho das equipes face ao insatisfatório desempenho apresentado em quase todos os atributos avaliados, na perspectiva dos usuários.

Durante o período de avaliação, dos 35 Centros/Unidades de Saúde, a maioria só funcionava no turno matutino em virtude da redução de carga horária dos

profissionais de 40 para 20h/semana, restringindo ainda mais o acesso aos serviços de saúde. Com a dificuldade de acessar os serviços do primeiro nível de atenção, a população não se beneficia de nenhum dos outros atributos dessa modalidade de atenção^{25,26} e por conseguinte, avalia a qualidade dos serviços prestados como insatisfatórios.

A associação entre o desempenho do sistema de saúde e a qualidade da assistência prestada na APS está conceitualmente bem estabelecida, contudo ainda carece de mais estudos que aprofundem e identifiquem os aspectos da APS que possuem maior destaque ou impacto sobre a melhoria da qualidade. O presente estudo, contou com uma base populacional representativa dos usuários que utilizam a APS no município, um instrumento previamente validado no Brasil¹¹ e em outros países, além de boa validade interna da pesquisa.

Finalizando, pesquisas posteriores, que busquem avaliar os serviços de APS de São José de Ribamar, com base na experiência de usuários e profissionais, por meio de metodologias quantitativas ou qualitativas, podem contribuir para a ampliação e aprofundamento dos resultados encontrados neste estudo assim como para subsidiar a construção de um modelo consistente de APS.

Referências

1. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002 [citado 19 Ago 2019]. 726p. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609.
2. Bezerra Filho JG, Kerr LRFS, Miná DL, Barreto ML. Distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e principais determinantes no Ceará, Brasil, no período 2000-2002 [Internet]. Cad. Saúde Pública. 2007 [citado 29 Ago 2019]; 23(5):1173-1185. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000500019&lng=en.
3. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil [Internet]. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2007 [citado 29 Ago 2019]; 7(1):75-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000100009&lng=en.

4. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS et al . Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas [Internet]. Cad. Saúde Pública. 2008 [citado 29 ago 2019]; 24(Suppl 1):159-172. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300020&lng=pt.
5. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil [Internet]. Saúde Soc. 2011 [citado 29 Ago 2019]; 20(4):867-874. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=pt.
6. Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? [Internet]. Cad. Saúde Pública. 2008 [citado 29 Ago 2019]; 24(Suppl 1):s21-s23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300005&lng=pt.
7. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos [Internet]. Cad. Saúde Pública. 2010 [citado 29 Ago 2019]; 26(2):286-298. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200008&lng=pt.
8. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011 [citado 14 Ago 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
9. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate [Internet]. Brasília: OPAS, 2011 [citado 7 Ago 2019]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34573>.
10. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? [Internet]. JAMA: The Journal of the American Medical Association.1988 [citado 16 Mar 2019]; 260(12):1743-1748. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/374139>.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: primary care assessment tool - PCATool-Brasil [Internet]. Brasília; 2010 [citado 16 Ago 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf.

12. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil: São José de Ribamar, MA [Internet]. [citado 16 Fev 2019]. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/sao-jose-de-ribamar_ma.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. E-Gestor Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. Coberturas da Saúde da Família [Internet]. [citado 4 Mar 2019]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
14. Mazutti-Penso J, Périgo E, Oliveira M, Guimarães-Strohschoen A, Carreno I, Rempel C. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil [Internet]. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2017. [Citado 29 Ago 2019]; 12(39):1-9. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1212>.
15. Gontijo TL, Duarte AGS, Guimarães EAA, Silva J. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários [Internet]. Saúde Debate. 2017 [citado 29 Ago 2019]; 41(114):741-752. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000300741&lng=pt.
16. Maia LG. Avaliação da atenção primária pelos profissionais de saúde [Internet] [tese]. Goiânia: Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Federal do Goiás, 2017 [citado 12 Out 2018]. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/7824/5/Tese%20-%20Ludmila%20Grego%20Maia%20-%202017.pdf>.
17. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo [Internet]. Ciênc. Saúde Coletiva. 2006 [citado 29 Ago 2019]; 11(3):633-641. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300012&lng=pt.
18. Araújo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM, Almeida Júnior HJB et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso [Internet]. Ciênc. Saúde Coletiva. 2014 [citado 29 Ago 2019]; 19(8):3521-3532. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803521&lng=pt.
19. Araújo Rosânia de Lourdes, Mendonça Ana Valéria Machado, Sousa Maria Fátima de. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária [Internet]. Saúde Debate. 2015 [citado 29 Ago 2019]; 39(105):387-399. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200387&lng=pt.

20. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços [Internet]. *Cadernos de Saúde* (Rio de Janeiro). 2012 [citado 24 Ago 2019]; 28(9):1772-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015.
21. Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil [Internet]. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* (Rio de Janeiro). 2013 [citado 12 Jun 2019]; 8(29):286-93. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)832](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)832).
22. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC et al. Acesso e utilização de serviços na Estratégia de Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários [Internet]. *Ciênc. saúde coletiva* (Rio de Janeiro). 2013 [citado 16 Ago 2019]; 18(11):3321-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100022.
23. Atkinson SJ. Anthropology in research on the quality of health services [Internet]. *Cad. Saúde Pública*. 1993 [citado 29 Ago 2019]; 9(3):283-299. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300016&lng=en.
24. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002 [Internet]. *J Epidemiol Community Health*. 2006 [citado 20 Ago 2019]; 60(1):13-9. Disponível em: <https://jech.bmj.com/content/60/1/13>.
25. Starfield B. *Primary Care: balancing health needs, services and technology*. New York: Oxford University Press; 1998.
26. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil) [Internet]. *Med. Care*. 2011 [citado 10 Ago 2019]; 49(6):577-84. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21430576>.
27. Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review [Internet]. *Ann Fam Med*. 2004 [citado 14 Jul 2019]; 2(5):44-51. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466724/>.
28. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro [internet]. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011 [citado 24 Jul 2019]; 16(1):1029-1042. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036.

29. Cesar MC, Campos GWS, Montebelo MIL, Sarmiento G. Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, SP, Brasil [Internet]. *Saúde Debate*. 2014 [citado 29 Ago 2019]; 38:296-306. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600296&lng=en.
30. HauserL, Castro RCL, Vigo A, Trindade TG, Gonçalves MR, Stein AT et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde [Internet]. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2013 [citado 23 Jun 2019]; 8(29):244-55. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/821>.
31. Mesquita Filho M, Luz BSR, Araújo CS. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras [Internet]. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2014 [citado 29 Ago 2019]; 19(7):2033-2046. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702033&lng=pt.
32. Paula FA, Silva CCR, Santos DF, Martins-Filho OA, Andrade RA. Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG) [Internet]. *Saúde Debate*. 2015 [citado 29 Ago 2019]; 39(106):802-814. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300802&lng=pt.
33. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba [Internet]. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2013 [citado 29 Ago 2019]; 8(29):294-303. Disponível em: <https://rbmf.org.br/rbmfc/article/view/828>.
34. Ferreira VD, Oliveira JM, Maia MAC, Santos JS, Andrade RD, Machado GAB. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro [Internet]. *Esc. Anna Nery*. 2016 [citado 29 Ago 2019]; 20(4):2016-0104. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000400221&lng=en.
35. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCMaia, Fausto MCR et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil [Internet]. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2009 [citado 29 Ago 2019]; 14(3):783-794. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014&lng=pt.
36. Silva SA, Nogueira DA, Paraizo CMS, Fracolli LA. Assessment of primary health care: health professionals' perspective [Internet]. *Rev. Esc. Enferm, USP*. 2014 [citado 29 Ago 2019]; 48:122-128. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700122&lng=en.

37. Oliveira M, Harzheim E, Riboldi J, Duncan B. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida [Internet]. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2013 [citado 29 Ago 2019]; 8(29):256-263. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/823>.
38. Guanais F, Doubova SV, Leslie HH, Perez-Cuevas R, García-Elorrio E, et al. Patient-centered primary care and self-rated health in 6 Latin American and Caribbean countries: analysis of a public opinion cross-sectional survey. *PLOS Medicine*. 2018 [citado 29 Ago 2019]; 15(10):1-19. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1002673&type=printable>.

Tabela 1 - Escore dos atributos essenciais sob a perspectiva dos profissionais e usuários numa escala de 0 a 10. São Jose de Ribamar, 2018.

Atributos essenciais	Profissionais			Usuários		
	n	Média	IC 95%	n	Média	IC 95%
Acesso primeiro contato	70	3,91	3,52-4,30	343	4,31	4,20-4,41
Utilização	-	-	-	386	7,77	7,53-8,01
Acessibilidade	70	3,91	3,52-4,30	345	3,43	3,30-3,56
Longitudinalidade	72	7,57	7,29-7,86	341	6,12	5,93-6,31
Coordenação	73	8,41	8,17-8,65	138	6,15	5,78-6,53
Integração do cuidado	73	8,15	7,86-8,44	138	5,87	5,41-6,32
Sistema de Informação	73	8,93	8,57-9,30	383	6,97	6,74-7,20
Integralidade	69	7,79	7,55-8,03	264	5,11	4,91-5,31
Serviços disponíveis	70	7,51	7,25-7,78	327	5,58	5,42-5,74
Serviços prestados	72	8,19	7,91-8,47	278	4,46	4,16-4,75

Fonte: Elaboração própria, 2018.

Tabela 2. Escore dos atributos derivados e componentes numa escala de 0 a 10. São José de Ribamar, 2018.

Atributos derivados	Profissionais			Usuários		
	n	Média	IC 95%	n	Média	IC 95%
Orientação Familiar	73	8,90	8,59-9,21	385	5,52	5,23-5,81
Orientação Comunitária	73	7,58	7,17-7,99	338	5,03	4,73-5,32

Fonte: Elaboração própria, 2018.

Tabela 3. Escore total dos atributos dos serviços de APS escala de 0 a 10. São José de Ribamar, 2018.

Escore	Profissionais			Usuários		
	n	Média	IC 95%	n	Média	IC 95%
Atributos essenciais	65	7,28	7,07-7,49	105	5,44	5,19-5,68
Atributos derivados	73	8,02	7,69-8,35	335	5,27	5,00-5,53
Escore geral	65	7,54	7,33-7,75	103	5,47	5,13-5,81

Fonte: Elaboração própria, 2018.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação dos serviços de Atenção Primária à Saúde ao verificar a presença e a extensão dos atributos da APS, na percepção dos dois sujeitos estudados, identificou que a qualidade referida na perspectiva dos profissionais não é a mesma que é percebida pelos usuários. Os resultados aqui apresentados revelam um melhor desempenho dos atributos da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais com resultado satisfatório em todos os atributos avaliados, exceto no acesso de primeiro contato. Contudo, essa percepção difere quando analisamos os resultados desses serviços na perspectiva dos usuários.

O estudo evidencia que os serviços de atenção primária do município podem ser classificados como de forte orientação para a APS. Entretanto, as divergências encontradas nos resultados entre os sujeitos do estudo revelam que os serviços ofertados ainda não atendem todas as demandas de saúde da população nesse nível de atenção do município. Dessa forma, além do aperfeiçoamento técnico constante das equipes de saúde, as unidades precisam funcionar em conformidade com as necessidades dos usuários. Os gestores e profissionais devem desenvolver os métodos de avaliar a situação de saúde e apresentar meios que propiciem mudanças no processo de trabalho das equipes face o insatisfatório desempenho apresentado em quase todos os atributos na perspectiva dos usuários.

Durante o período de avaliação, dos 35 Centros/Unidades de Saúde, 74,28% (26 unidades) só funcionavam no turno matutino em virtude da redução de carga horária dos profissionais de 40 para 20h/semana, restringindo ainda mais o acesso aos serviços de saúde. Com a dificuldade de acessar os serviços do primeiro nível de atenção, a população não se beneficia de nenhum dos outros atributos dessa modalidade de atenção (STARFIELD, 1998; DOURADO et al., 2011) e por conseguinte, avalia a qualidade dos serviços prestados como insatisfatórios.

A associação entre o desempenho do sistema de saúde e a qualidade da assistência prestada na APS está conceitualmente bem estabelecida, contudo ainda carece de mais estudos que aprofundem em identificar quais aspectos da APS possuem maior destaque ou impacto sobre a melhoria da qualidade. O presente estudo, contou com uma base populacional representativa dos usuários que utilizam a APS no município, um instrumento previamente validado (BRASIL, 2010) e em outros países, além de boa validade interna da pesquisa.

Finalizando, pesquisas posteriores, que busquem avaliar os serviços de APS de São José de Ribamar, com base na experiência de usuários e profissionais, por meio de metodologias quantitativas ou qualitativas, podem contribuir para a ampliação e aprofundamento dos resultados encontrados neste estudo assim como para subsidiar a construção de um modelo consistente de APS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Celia; MACINKO, James. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília, 2006. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde; 10). Disponível em: <https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/Sala55641.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2018.

ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200008. Acesso em: 21 maio 2018.

BEZERRA FILHO, José Gomes et al. Spatial distribution of the infant mortality rate and its principal determinants in the State of Ceará, Brazil, 2000-2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, maio. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000500019&lng=en. Acesso em: 20 set. 2017.

BRAGA NETO, Francisco C.; BARBOSA, Pedro R.; SANTOS, Isabela S. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 665-704.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 21 maio 2018.

BRASIL. Portaria nº 648 de 28 março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 16 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, DF: MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: primary care assessment tool - PCATool-Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Série A, Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf. Acesso em: 16 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Manual de Telessaúde para a Atenção Básica/Atenção Primária a Saúde**: protocolo de resposta de teleconsultorias. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_telessaude_atencao_basica.pdf. Acesso em: 16 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 20 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42n116/11-24/>. Acesso em: 17 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. e-Gestão Atenção Básica. **Informação e Gestão da Atenção Básica**. Coberturas do Saúde da Família. 2018. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 4 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica**. São José de Ribamar-MA, 2019. Disponível em: <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>. Acesso em: 4 mar. 2019.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Social Science & Medicine**, v. 51, n. 11, p. 1611-1625, dez. 2000. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953600000575?via%3Dihub>. Acesso em: 12 mar. 2018.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite de et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015. Acesso em: 21 maio. 2018.

CAMPOS, A. L. V. Cooperação internacional em saúde: o Serviço Especial de Saúde Pública e seu programa de Enfermagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 879-888, 2008. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 6-12, 1978, Alma Ata. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso: 22 ago. 2017.

DONABEDIAN, A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. **QRB - Quality Review Bulletin**, v. 12, n. 3, p. 99-108, mar. 1986. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0097599016300215?via%3Di> hub. Acesso em: 8 maio 2018.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, v. 260, n. 12, 1743–1748, 1988. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/374139>. Acesso em: 16 mar. 2018.

FACCHINI, Luiz Augusto et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões sul e nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, 2008. Suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/20.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2017.

FRACOLLI, L. A. et al. Instrumentos de avaliação da atenção primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04851.pdf. Acesso em: 6 jan. 2018.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 575-625.

GIOVANELLA, Ligia. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 21-23, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300005. Acesso em: 21 maio 2018.

HARZHEIM, Erno et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 6, 2006. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-6-156>. Acesso em: 6 jan. 2018.

HARZHEIM, Erno et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, ago. 2006. Disponível em: <https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Harzheim%202006a.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2019.

HARZHEIM, Erno et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, 2013. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/829/0>. Acesso: 16 ago. 2017.

HAUSER, Lisiane et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e**

Comunidade, v. 8, n. 29, 2013. Disponível em:

<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/821>. Acesso: 16 ago. 2017.

LAVRAS, Carmen. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>. Acesso em: 21 maio 2018.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 11, n. 3, p. 323-334, jul./set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n3/a13v11n3.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2019.

MACIOCCO, Gavino; STEFANINI, Angelo. De Alma-Ata ao Fundo Global: a história da política internacional de saúde. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**, v. 7, n. 4, p. 479-486, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000400016&lng=en&tling=en. Acesso em: 21 maio 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F., LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2019.

NUNES, Luis Guilherme Nadal. Qualidade nos serviços de saúde: amplitude e perspectivas. **Brasília Médica**, Brasília, DF, v. 36, n. 1/2, p. 21-25, 1999. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-270383>. Acesso em: 18 maio 2018.

OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina de; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158-64, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 21 maio 2018.

OLIVEIRA, Maria Celestina de et al. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. **Revista Brasileira Medicina da Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 256-63, 2013. Disponível em: <https://rbmf.org.br/rbmfc/article/view/823/585>. Acesso em: 21 maio 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovación de la atención primaria de salud em las Américas**: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Washington: OPAS, 2007. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31084>. Acesso em 21 maio 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - contribuições para o debate.** Brasília, DF: OPAS, 2011.

PAULA, Weslla Karla Alburquerque Silva de et al. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 2, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000200335&lng=en&tling=en. Acesso em: 5 abr. 2018.

PICCINI, Roberto Xavier et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do sul e do nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 1, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1519-38292007000100009&script=sci_arttext. Acesso em: 6 jan. 2018.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). **Educar em Revista**, Curitiba, v. 2, n. especial, p. 277-290, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/er/nspe2/17.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2019.

RUELAS-BARAJAS, E. Hacia una estrategia de garantia de calidad. De los conceptos a las acciones. **Salud Publica de México**, v. 34, p. 29-45, 1992.

SAMOTO, Amélia Keiko. **Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica, segundo modelo de atenção, na Região de Saúde do Rio Pardo-SP.** 2013. 153 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/mestrado-profissional/ameliakeikosamoto-dissertacaocompleta.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2018.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: UNESCO, 2002. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2017.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais.**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:**

Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves

TELEFONE PARA CONTATO: (98) 3272 9676 ou 3272 9674.

PATROCINADOR FINANCEIRO DA PESQUISA: pesquisadores.

COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA:

Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

APRESENTAÇÃO DO ESTUDO:

Somos um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e estamos realizando uma pesquisa para entender a qualidade da atenção prestada nos serviços de Atenção Básica deste município. Essa pesquisa está sendo realizada em São José de Ribamar e em Conceição do Lago Açu, estado do Maranhão. Vamos estudar a qualidade da atenção prestada na perspectiva dos profissionais e gestores da área e também dos participantes da pesquisa presentes nesses serviços. Convidamos você a participar desta pesquisa e pedimos que autorize a sua participação.

Este é um formulário de consentimento, que fornece informações sobre a pesquisa. Faça perguntas quando quiser. Se concordar em participar, você deverá dar o seu consentimento assinando este formulário. Forneceremos uma cópia para você guardar, se quiser.

OBJETIVO DA PESQUISA:

Avaliar a qualidade dos serviços de Atenção Primária em Saúde existentes em dois municípios do MA.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO:

Convidamos o(a) Sr(a) a participar de uma entrevista individual e sigilosa para preenchimento de questionário elaborado de acordo com o objetivo acima.

RISCOS E BENEFÍCIOS:

O(a) Sr(a) vai responder um questionário contendo diversas perguntas. Perguntaremos sobre sua experiência na obtenção de consultas e cuidados nesta unidade de saúde. Também serão solicitadas informações sobre seus dados pessoais e sociais. Os pesquisadores que realizarão as entrevistas e os exames são treinados para as tarefas, portanto praticamente não há riscos para sua saúde, imediato ou tardio. Sua participação é inteiramente voluntária. Caso aceite participar, poderá deixar de responder a qualquer pergunta durante a atividade ou interrompê-la se assim o desejar, sem que isso afete negativamente a sua participação. Será garantido seu direito de assistência integral gratuita neste serviço pelo tempo que for necessário.

O sigilo de todas as informações será absoluto e nenhum dado que permita sua identificação será informado. Ao final, os resultados do estudo serão divulgados para que muitas pessoas se beneficiem desse conhecimento, mas sem identificar os participantes da pesquisa. O senhor não terá despesa alguma como participante de pesquisa.

Para solucionar dúvidas relativas a este estudo, em qualquer outro momento, entre em contato com a Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves (coordenadora) no telefone (98)32729676. Para obter mais informações sobre seus direitos como participante da pesquisa, entre em contato com a Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HUUFMA, Profa. Dra. Dorlene Maria Cardoso de Aquino pelo telefone (98) 2109 1250, endereço Rua Barão de Itapary, 227, quarto andar, Centro, São Luís-MA. CEP- 65.020-070.

Se o Sr(a) entendeu estas explicações e concorda voluntariamente em participar deste estudo, por favor, manifeste-se rubricando todas as suas páginas e assinando seu nome abaixo ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador membro da equipe. Este documento foi elaborado em duas vias, sendo uma para o pesquisador responsável e outra para o participante de pesquisa

Agradecemos sua colaboração! Data: _____/_____/_____

Assinatura Entrevistado (a)_____.

Entrevistador:_____Município:_____.

ANEXO A – Instrumento PCATool versão Crianças

A – GRAU DE AFILIAÇÃO

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o CARTÃO RESPOSTA

A1 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente leva o/a _____ (nome da criança) quando ele(a) está doente ou quando precisa?

Não	Sim	PCA1
Nome:		

A2 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que conhece melhor o/a _____ (nome da criança) como pessoa?

Não	Sim	PCA2
Nome:		

A3 – Há um médico ou serviço de saúde que é mais responsável pelo atendimento de saúde do(a) _____ (nome da criança)?

Não	Sim	PCA3
Nome:		

AGORA, o **entrevistador** identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:

--- Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item **A5**).

--- Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A5**).

--- Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/ enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item **A5**).

--- Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item **A5**).

--- Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item **A5**).

--- Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A4** e **A5**).

A4 - Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez:

Esclareça ao entrevistado que:

A5 - A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):

B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o CARTÃO RESPOSTA

B1 – Quando ____ (*nome da criança*) necessita de uma “consulta de rotina”, você vai/vem ao “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*” antes de ir a outro serviço de saúde?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPB1

B2 – Quando ____ (*nome da criança*) tem um novo problema de saúde, você vai/vem ao “*nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro*” antes de ir a outro serviço de saúde?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPB2

B3 – Quando ____ (*nome da criança*) tem que consultar um médico especialista, o seu “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*” tem que encaminhá-la obrigatoriamente?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPB3

C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

C1 – Quando o (a) “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*” está aberto e ____ (*nome da criança*) fica doente, alguém deste serviço de saúde a/o atende no mesmo dia?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPC1

C2 – Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora no(a) “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro*”?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPC2

C3 – É fácil marcar hora para uma consulta de REVISÃO DA CRIANÇA “consulta de rotina” do ____ (*nome da criança*) no(a) “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*”?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPC3

C4 – Quando você chega no “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro*”, você tem que esperar mais de 30 minutos para que sua criança consulte com o médico/ enfermeiro após passar pela recepção?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPC4

C5 – É difícil para você conseguir atendimento médico para ____ (*nome da criança*) no “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*” quando você pensa que é necessário?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPC5

C6 – Quando o “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*” está aberto, você consegue aconselhamento (orientação) rápido pelo telefone se precisar?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPC6

D - LONGITUDINALIDADE

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

D1. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende __ (nome da criança) todas as vezes?”

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPD1

D2 - Se você tiver uma pergunta sobre a saúde da (o) __ (nome da criança), pode telefonar e falar com o “médico/enfermeiro” que melhor conhece sua criança?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPD2

D3 - Você acha que o “médico/enfermeiro” da __ (nome da criança) entende o que você diz ou pergunta?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPD3

D4 - O(a) “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPD4

D5 - O (a) “médico /enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPD5

D6 - Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas relacionados a __ (nome da criança) ao “médico/enfermeiro”?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPD6

D7 - O “médico/enfermeiro” conhece __ (nome da criança) mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPD7

D8 - O (a) “médico/enfermeiro” conhece a história médica (de saúde) completa do(a) __ (nome da criança)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPD8

D9 - O (a) “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos medicamentos que ____ (nome da criança) está tomando?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPD9

D10 - Você mudaria do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPD10

D11 - Você acha que o (a) “médico/enfermeiro” conhece a sua família bastante bem?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPD11

D12 — O/a “médico/enfermeiro” sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPD12

D13 — O/a “médico/enfermeiro” sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de __ (nome da criança)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPD13

D14 — O “médico/enfermeiro” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua __ (nome da criança) precisa?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPD14

E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

E1 - Sua criança foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que ela está em acompanhamento no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?

Sim (Ir para E2)	Não (Ir para F1)	Não sei/Não lembro (Ir para F1)

E2 - O (a) “nome do serviço de saúde/ou nome médico /enfermeiro” sugeriu / indicou (encaminhou) que __ (nome da criança) fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?”

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPE2

E3 - O (a) “médico/enfermeiro” da __ (nome da criança) sabe que ela fez esta consulta com este especialista ou serviço especializado?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPE3

E4 - O “médico/enfermeiro” de __ (nome da criança) ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPE4

E5 - Depois desta consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPE5

E6 - O seu “médico /enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado a __ (nome da criança) no especialista ou serviço especializado?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPE6

F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

F1. Quando você vem o ___(nome da criança) no “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” você trás ficha de atendimento de outros serviços ou carteira de vacina?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPF1
4	3	2	1	9	

F2. Quando você vem no (a) “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro”, o prontuário ___(nome da criança) está sempre disponível na consulta?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPF2
4	3	2	1	9	

F3. Você poderia ler (consultar) o prontuário/ficha de ___(nome da criança) se quisesse no “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro”?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPF3
4	3	2	1	9	

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

G1 - Está disponível no “nome do serviço de saúde” vacinas (imunizações)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPG1
4	3	2	1	9	

G2 - É possível verificar no “nome do serviço de saúde” se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPG2
4	3	2	1	9	

G3 - Está disponível no “nome do serviço de saúde” planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais (exemplo: camisinha, pílula, DIU, comprimido)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPG3
4	3	2	1	9	

G4 - Está disponível no “nome do serviço de saúde” programa de suplementação nutricional (ex.: leite e alimentos)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPG4
4	3	2	1	9	

G5 - Está disponível no “nome do serviço de saúde” aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPG5
4	3	2	1	9	

G6 - Está disponível no “nome do serviço de saúde” aconselhamento para problemas de saúde mental?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPG6
4	3	2	1	9	

G7 - Está disponível no “nome do serviço de saúde” sutura de um corte que necessite de pontos?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPG7
4	3	2	1	9	

G8 - Está disponível no “nome do serviço de saúde” aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPG8
4	3	2	1	9	

G9 – Está disponível no “nome do serviço de saúde” identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPG9
4	3	2	1	9	

H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

“Vou lhe falar sobre vários assuntos importantes para a saúde da sua criança. Quero que você me diga se nas consultas ao seu “médico/ enfermeiro”, algum destes assuntos foram conversados com você?”

H1 – Nas consultas ao seu “médico/ enfermeiro” foi dado a você orientações para manter sua criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPH1
4	3	2	1	9	

H2 – Nas consultas ao seu “médico/ enfermeiro” foi dado a você orientações sobre segurança no lar (como guardar medicamentos com segurança)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPH2
4	3	2	1	9	

H3 – Nas consultas ao seu “médico/ enfermeiro” foi dado a você orientações sobre mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança, isto é, que coisas você deve esperar de cada idade? Por exemplo, quando a criança vai caminhar, controlar o xixi...

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPH3
4	3	2	1	9	

H4 – Nas consultas ao seu “médico/ enfermeiro” foi dado a você orientações sobre maneiras de lidar com os problemas de comportamento de (nome da criança)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPH4
4	3	2	1	9	

H5 – Nas consultas ao seu “médico/ enfermeiro” foi dado a você orientações sobre maneiras para manter sua criança segura, como: Evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPH5
4	3	2	1	9	

I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

I1 — O seu/ sua “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPI1
4	3	2	1	9	

I2 — O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança (câncer, alcoolismo, depressão)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPI2
4	3	2	1	9	

I3 — O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com outros membros da família da criança se você achasse necessário?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PP13

J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

J1 – Alguém do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPJ1

J2 – O “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPJ2

A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” realiza alguma destas?

J3 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPJ3

J4 – Convida membros da família a participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/ Conselho de Usuários)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro
4	3	2	1	9

PPJ4

ANEXO B – Instrumento PCATool versão Adultos

A – GRAU DE AFILIAÇÃO

A1 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

Não	Sim	PAA1
Nome: Endereço:		

A2 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?

Não	Sim, mesmo médico/enfermeiro/ serviço de saúde acima.	Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)	PAA2
		Nome: Endereço	

A3 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

Não	Sim, mesmo que A1 e A2 acima	Sim, mesmo que A1 somente	Sim, mesmo que A2 somente	Sim, diferente de A1 e A2	PAA3
				Nome: Endereço	

AGORA, o **entrevistador** identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:

--- Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item **A5**).

--- Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A5**).

--- Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item **A5**).

--- Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item **A5**).

--- Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item **A5**).

--- Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A4** e **A5**).

A4 - Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez:

Esclareça ao entrevistado que:

A5 - A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):

B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO

B1 – Quando você necessita de uma consulta de rotina (check-up), você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAB1
4	3	2	1	9	

B2 – Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAB2
4	3	2	1	9	

B3 – Quando você tem que consultar um médico especialista, o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” tem que encaminhá-la obrigatoriamente?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAB3
4	3	2	1	9	

C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

C1 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAC1
4	3	2	1	9	

C2 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAC2
4	3	2	1	9	

C3 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” está aberto e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAC3
4	3	2	1	9	

C4 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAC4
4	3	2	1	9	

C5 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAC5
4	3	2	1	9	

C6 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAC6
4	3	2	1	9	

C7 – Quando o seu “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAC7
4	3	2	1	9	

C8 – É fácil marcar hora para uma consulta de rotina (“check-up”) neste “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAC8
4	3	2	1	9	

C9 - Quando você chega no seu "*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*", você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (após passar na recepção)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAC9
4	3	2	1	9	

C10 - Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu "*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*"?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAC10
4	3	2	1	9	

C11 - É difícil para você conseguir atendimento médico do seu "*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*" quando pensa que é necessário?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAC11
4	3	2	1	9	

C12 - Quando você tem que ir ao "*nome do médico / enfermeira/ local*", você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAC12
4	3	2	1	9	

D - LONGITUDINALIDADE

D1. Quando você vai ao "*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*", é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua você todas as vezes?"

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAD1
4	3	2	1	9	

D2 - Você acha que o seu "*médico/ enfermeiro*" entende o que você diz ou pergunta?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAD2
4	3	2	1	9	

D3 - O seu "*médico/enfermeiro*" responde suas perguntas de maneira que você entenda?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAD3
4	3	2	1	9	

D4 - Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o *médico ou enfermeiro* que melhor conhece você?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAD4
4	3	2	1	9	

D5 - O seu "*médico /enfermeiro*" lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAD5
4	3	2	1	9	

D6 - Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas ao seu "*médico/enfermeiro*"?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAD6
4	3	2	1	9	

D7 – O seu “*médico/enfermeiro*” conhece sua você mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAD7
4	3	2	1	9	

D8 - O seu “*médico/enfermeiro*” sabe quem mora com você?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAD8
4	3	2	1	9	

D9 - O seu “*médico/enfermeiro*” sabe quais problemas são mais importantes pra você?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAD9
4	3	2	1	9	

D10 - O seu “*médico/enfermeiro*” conhece a sua história médica (de saúde) completa?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAD10
4	3	2	1	9	

D11 – O seu “*médico/enfermeiro*” sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAD11
4	3	2	1	9	

D12 — O seu “*médico/enfermeiro*” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAD12
4	3	2	1	9	

D13 — O seu “*médico/enfermeiro*” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAD13
4	3	2	1	9	

D14 — Você mudaria do “*nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro*” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAD14
4	3	2	1	9	

E – COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

E1 – Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*”?

Sim	Não (Ir para F1)	Não sei/Não lembro (Ir para F1)	PAE1

E2 – O (a) “*nome do serviço de saúde/ou nome médico /enfermeiro*” sugeriu / indicou (encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?”

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAE2
4	3	2	1	9	

E3 – O (a) “*médico/enfermeiro*” sabe que você fez esta consulta com este especialista ou serviço especializado?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAE3
4	3	2	1	9	

E4 – O “médico/enfermeiro” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAE4
4	3	2	1	9	

E5 – O seu “médico / enfermeiro” ou alguém que trabalha no / com “nome do serviço de saúde” ajudou-o/a a marcar esta consulta?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAE5
4	3	2	1	9	

E6 – O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAE6
4	3	2	1	9	

E7 – O “nome do serviço de saúde /ou nome médico /enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAE7
4	3	2	1	9	

E8 – Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAE8
4	3	2	1	9	

E9 – O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAE9
4	3	2	1	9	

F – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

F1. Quando você vai no “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (Exemplificar se não entender “registro”: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAF1
4	3	2	1	9	

F2. Quando você vai (a) “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro”, o seu prontuário está sempre disponível na consulta?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAF2
4	3	2	1	9	

F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro”?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAF3
4	3	2	1	9	

G – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

G1 – Está disponível respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAG1
4	3	2	1	9	

G2 – É possível verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAG2
4	3	2	1	9	

G3 – Está disponível programa de suplementação nutricional (ex.: leite e alimentos)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAG3
4	3	2	1	9	

G4 – Está disponível vacinas (imunizações)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAG4
4	3	2	1	9	

G5 – Está disponível avaliação da saúde bucal (Exame dentário)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAG5
4	3	2	1	9	

G6 – Está disponível tratamento dentário?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAG6
4	3	2	1	9	

G7 – Está disponível planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAG7
4	3	2	1	9	

G8 – Está disponível aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas ex: álcool, cocaína, remédios para dormir)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAG8
4	3	2	1	9	

G9 – Está disponível orientações para problemas de saúde mental?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAG9
4	3	2	1	9	

G11 – Está disponível aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAG11
4	3	2	1	9	

G12 – Está disponível algum tipo de avaliação de problemas auditivos (para escutar)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAG12
4	3	2	1	9	

G13 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAG13
4	3	2	1	9	

G14 – Está disponível colocação de tala (ex: para tornozelo torcido)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAG14
4	3	2	1	9	

G15 – Está disponível remoção de verrugas?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAG15
-----------------	--------------	--------------	-----------------	--------------------	-------

4	3	2	1	9	
---	---	---	---	---	--

G16 – Está disponível exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolaou)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAG16
4	3	2	1	9	

G17 – Está disponível orientação sobre como parar de fumar?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAG17
4	3	2	1	9	

G18 – Estão disponíveis cuidados pré-natais?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAG18
4	3	2	1	9	

G19 – Está disponível remoção de unha encravada?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAG19
4	3	2	1	9	

G20 – Está disponível aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAG20
4	3	2	1	9	

G21 – Estão disponíveis orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama... ?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAG21
4	3	2	1	9	

G22 – Estão disponíveis orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAG22
4	3	2	1	9	

H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS.

H1 – Nas consultas ao seu “médico/ enfermeiro”, você foi orientado sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAH1
4	3	2	1	9	

H2 – Nas consultas ao seu “médico/ enfermeiro”, foi conversado com você sobre segurança no lar: como guardar medicamentos com segurança?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAH2
4	3	2	1	9	

H3 – Nas consultas ao seu “médico/ enfermeiro”, você foi orientado sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAH3
4	3	2	1	9	

H4 – Nas consultas ao seu “médico/ enfermeiro”, foi conversado com você sobre maneiras de lidar com os de família que podem surgir de vez em quando?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAH4
4	3	2	1	9	

H5 – Nas consultas ao seu “médico/ enfermeiro”, você foi orientado sobre exercícios físicos apropriados para você?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAH5
4	3	2	1	9	

H6 – Nas consultas ao seu “médico/ enfermeiro”, você foi orientado sobre testes de sangue para verificar os níveis de colesterol?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAH6
4	3	2	1	9	

H7 – Nas consultas ao seu “médico/ enfermeiro”, é possível verificar e discutir os medicamentos que você está tomando?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAH7
4	3	2	1	9	

H8 – Nas consultas ao seu “médico/ enfermeiro”, você foi orientado sobre possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAH8
4	3	2	1	9	

H9 – Nas consultas ao seu “médico/ enfermeiro”, foi conversado com você sobre ter uma arma de fogo e orientado como guardá-la com segurança?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAH9
4	3	2	1	9	

H10 – Nas consultas ao seu “médico/ enfermeiro”, foi conversado com você sobre como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAH10
4	3	2	1	9	

H11 – Nas consultas ao seu “médico/ enfermeiro”, foi conversado com você sobre como prevenir quedas?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAH11
4	3	2	1	9	

H12 – **Só para mulheres:** Nas consultas ao seu “médico/ enfermeiro”, foi conversado com você sobre como prevenir osteoporose ou ossos frágeis?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAH12
4	3	2	1	9	

H13 – **Só para mulheres:** Nas consultas ao seu “médico/ enfermeiro”, foi conversado com você sobre o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAH13
4	3	2	1	9	

I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” com sua família.

I1 — O seu/ sua “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família ?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAI1
4	3	2	1	9	

I2 — O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAI2
4	3	2	1	9	

I3 — O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com outros membros de sua família se você achasse necessário?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAI3
4	3	2	1	9	

J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

J1 – Alguém do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAJ1
4	3	2	1	9	

J2 – O “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAJ2
4	3	2	1	9	

J3 – O seu “nome do serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro” ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAJ3
4	3	2	1	9	

A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” realiza alguma destas?

J4 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” realiza pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAJ4
4	3	2	1	9	

J5 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAJ5
4	3	2	1	9	

J6 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro convida membros da sua família a participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/ Conselho de Usuários)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PAJ6
4	3	2	1	9	

ANEXO C – Instrumento PCATool versão Profissionais

A – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o CARTÃO RESPOSTA

A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPA1
4	3	2	1	9	

A2 – Este serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPA2
4	3	2	1	9	

A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPA3
4	3	2	1	9	

A4 – Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPA4
4	3	2	1	9	

A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPA5
4	3	2	1	9	

A6 – Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPA6
4	3	2	1	9	

A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPA7
4	3	2	1	9	

A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de rotina (check-up) no seu serviço de saúde?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPA8
4	3	2	1	9	

A9 – Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPA9
4	3	2	1	9	

B – LONGITUDINALIDADE

B1 – No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPB1
4	3	2	1	9	

B2 – Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPB2
4	3	2	1	9	

B3 – Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPB3
4	3	2	1	9	

B4 – Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPB4
4	3	2	1	9	

B5 – Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPB5
4	3	2	1	9	

B6 – Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPB6
4	3	2	1	9	

B7 – Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPB7
4	3	2	1	9	

B8 – Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPB8
4	3	2	1	9	

B9 – Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPB9
4	3	2	1	9	

B10 – Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPB10
4	3	2	1	9	

B11 – Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPB11
4	3	2	1	9	

B12 – Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPB12
4	3	2	1	9	

B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPB13
4	3	2	1	9	

C - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPC1
4	3	2	1	9	

C2 – Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPC2
4	3	2	1	9	

C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPC3
4	3	2	1	9	

C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPC4
4	3	2	1	9	

C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPC5
4	3	2	1	9	

C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPC6
4	3	2	1	9	

D - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

D1 – Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPD1
4	3	2	1	9	

D2 – Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPD2
4	3	2	1	9	

D3 – Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPD3
4	3	2	1	9	

E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)

E1 – Aconselhamento nutricional.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPE1
4	3	2	1	9	

E2 – Imunizações.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPE2
4	3	2	1	9	

E3 – Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPE3
4	3	2	1	9	

E4 – Avaliação da saúde bucal.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPE4
4	3	2	1	9	

E5 – Tratamento dentário.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPE5
4	3	2	1	9	

E6 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPE6
4	3	2	1	9	

E7 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPE7
4	3	2	1	9	

E8 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPE8
4	3	2	1	9	

E9 – Sutura de um corte que necessite de pontos.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPE9
4	3	2	1	9	

E10 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPE10
4	3	2	1	9	

E11 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPE11
4	3	2	1	9	

E12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPE12
4	3	2	1	9	

E13 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPE13
4	3	2	1	9	

E14 – Remoção de verrugas.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPE14
4	3	2	1	9	

E15 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPE15
4	3	2	1	9	

E16 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPE16
4	3	2	1	9	

E17 – Cuidados pré-natais.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPE17
4	3	2	1	9	

E18 – Remoção de unha encravada.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPE18
4	3	2	1	9	

E19 – Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPE19
4	3	2	1	9	

E20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPE20
4	3	2	1	9	

E21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPE21
4	3	2	1	9	

E22 – Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPE22
4	3	2	1	9	

F – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

Pergunte: Você atende pacientes (leia as alternativas):

- de todas as idades
 somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos)
 somente adultos

Conforme a resposta acima, oriente o entrevistado da seguinte forma:

Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção (F1 a F15).

Se você atende apenas crianças, por favor não responda as perguntas F4 a F13.

Se você atende apenas adultos, por favor não responda as perguntas F14 a F15.

Perguntas F1 – F3 se aplicam a todas faixas etárias

Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis? (repita esta pergunta a cada 3 itens)

F1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPF1
4	3	2	1	9	

F2 – Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPF2
4	3	2	1	9	

F3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPF3
4	3	2	1	9	

Perguntas F4 – F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).

Entrevistador pergunte: **“Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes?”**

F4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPF4
4	3	2	1	9	

F5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPF5
4	3	2	1	9	

F6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPF6
4	3	2	1	9	

F7 – Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPF7
4	3	2	1	9	

F8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPF8
4	3	2	1	9	

F9 – Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPF9
4	3	2	1	9	

F10 – Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPF10
4	3	2	1	9	

F11 – Como prevenir quedas.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPF11
4	3	2	1	9	

F12 – Prevenção de osteoporose em mulheres.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPF12
4	3	2	1	9	

F13 – Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPF13
4	3	2	1	9	

As perguntas F14 – F15 se aplicam apenas a crianças.

Entrevistador pergunte: **“Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?”**

F14 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPF14
4	3	2	1	9	

F15 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPF15
4	3	2	1	9	

G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPG1
4	3	2	1	9	

G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPG2
4	3	2	1	9	

G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPG3
4	3	2	1	9	

H - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

H1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPH1
4	3	2	1	9	

H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPH2
4	3	2	1	9	

H3 – Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPH3
4	3	2	1	9	

Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?

H4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPH4
4	3	2	1	9	

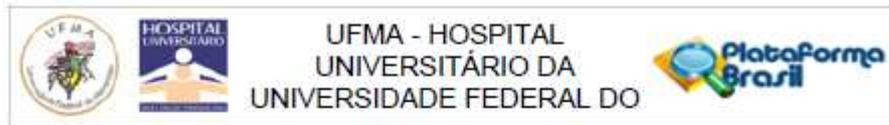
H5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPH5
4	3	2	1	9	

H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não lembro	PPH6
4	3	2	1	9	

ANEXO D – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da qualidade dos serviços da Atenção Primária do Sistema Único de Saúde em dois municípios maranhenses

Pesquisador: MARIA TERESA SEABRA SOARES DE BRITTO E ALVES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 89446318.6.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.788.428

Apresentação do Projeto:

A partir da Conferência de Alma-Ata (OPAS, 1978) a Atenção Primária em Saúde (APS) vem se consolidando como uma das formas mais eficientes de organização do sistema de saúde por possibilitar acesso aos serviços com atenção integral e integrada ao longo do tempo (OPAS, 2007). No Brasil, o Ministério da Saúde, a partir de meados da década de 1990, estabeleceu a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de expansão da APS. Esse modelo foi construído com a incorporação dos produtos de experiências internacionais de sistemas de saúde de países desenvolvidos baseados na atenção primária e nas propostas definidas na Conferência de Alma Ata, cujos princípios de acesso aos serviços de saúde, cuidado integral ao longo do tempo e sua coordenação são valorizados junto às comunidades em seu contexto social (Harzheim et al., 2006). Seus objetivos foram reorientar a prática assistencial para centralidade na família, baseada no trabalho em equipe interdisciplinar, responsável por território geograficamente definido, estruturando e consolidando os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil, 2011). Estudos vem demonstrando que a ESF apresenta impacto positivo sobre a mortalidade infantil por condições sensíveis à APS, e na qualidade da atenção pré-natal e de puericultura. Além disso, ainda amplia o acesso a serviços de saúde para populações mais vulneráveis do ponto de vista socio-sanitário (Bezerra Filho et al., 2007; Facchini et al., 2008). Com o objetivo de compreender as diretrizes da APS foi proposto o conceito de atributos essenciais e derivados (Starfield, 2004). Os atributos essenciais são: acesso de primeiro contato, que define a APS como porta de entrada

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

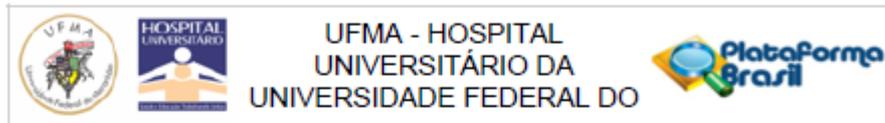
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SÃO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

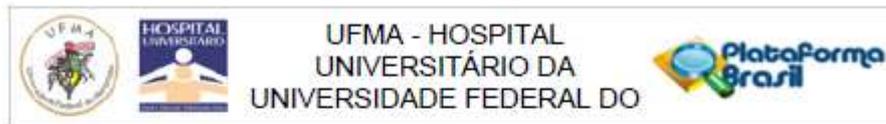
E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.788.428

de fácil acesso ao usuário para o sistema de saúde a cada novo problema ou novo episódio de um problema; longitudinalidade, que pressupõe a existência de uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e usuários da área de cobertura de seu território; integralidade, que exige que a APS reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos que devem ser usados para abordá-los a fim de que o paciente receba todos os tipos de serviços de saúde; coordenação, que é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços prestados relacionada às necessidades para o presente atendimento. Também segundo Starfield (2004) os atributos derivados, por sua vez, são: orientação familiar, que leva em consideração o conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das doenças; orientação comunitária, que se refere ao conhecimento da equipe sobre as necessidades da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com essa comunidade. Implica, também, em uma relação direta, bem como no planejamento e na avaliação conjunta dos serviços; e competência cultural, que está relacionada à adaptação da equipe de saúde para facilitar a relação com populações de características culturais específicas (Brasil, 2013). Donabedian (1988) desenvolveu quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, considerando uma tríade, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado. A elaboração do instrumento para avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS, intitulado Primary Care Assessment Tool (PCA-Tool), permite a análise dos componentes de estrutura e processo dos serviços de cuidados primários e serem disponibilizados em diferentes formatos de serviços de saúde nesse nível do sistema (Brasil, 2010). No processo de validação desse instrumento no Brasil foram necessárias adaptações para que se pudesse levar em consideração características culturais da população e do nosso sistema nacional de saúde (Harzheim, 2006). O PCA-Tool se encontra validado em versões para profissionais e usuários, considerando tanto o adulto, quanto a criança. Considerando o cenário da Atenção Básica no Maranhão, que apresenta uma cobertura distinta da Estratégia Saúde da Família da ordem de 30% a 100% (Piccini et al., 2007), associado ao fato de que ainda não foi realizado estudo com o objetivo de avaliar o alcance da reestruturação do modelo assistencial e o perfil profissional na rede básica desses municípios, a hipótese que orienta este trabalho é que a qualidade dos serviços de atenção primária pode ser avaliada com base nos atributos definidos por Starfield, utilizando instrumentos capazes de considerar a diversidade dos sujeitos envolvidos no processo (Paula et al., 2016). Parte-se da compreensão de que a avaliação em saúde mé um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde (BRASIL, 2003), então, será feita uma avaliação no sentido de identificar que fatores estruturais e processuais estão dificultando e quais

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.788.428

fortalecem o desempenho da Atenção Básica, assim como será avaliada a influência da formação profissional na qualidade dos serviços. Assim, espera-se que os resultados deste estudo venham contribuir com indicações úteis ao planejamento local do SUS e com apontamentos necessários para possíveis redimensionamentos das estratégias até o momento adotadas. Neste sentido, este estudo tem o objetivo de avaliar os serviços com base nos atributos da atenção primária à saúde quanto a: acesso; longitudinalidade; integralidade; coordenação; orientação familiar e orientação comunitária na Estratégia de Saúde da Família em dois municípios do Maranhão, relacionando e comparando o ponto de vista de atores sociais implicados no processo assistencial.

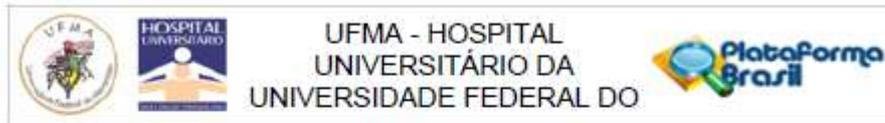
Hipótese:

A qualidade dos serviços de atenção primária pode ser avaliada com base nos atributos definidos por Starfield, utilizando instrumentos capazes de considerar a diversidade dos sujeitos envolvidos no processo.

Metodologia Proposta:

Trata-se de um estudo de caráter avaliativo da qualidade dos serviços de Atenção Básica em Saúde. Será feita abordagem quantitativa das características organizacionais e do desempenho dos serviços das equipes de Saúde da Família a partir dos atributos da Atenção Primária em Saúde (Starfield, 2006). Será realizado em dois municípios. O município de São José de Ribamar - MA ocupa uma área de 338,37 Km². Segundo dados do IBGE - 2012, o município possui 167 614 mil habitantes, sendo 23,13% residentes na zona urbana e 76,87% residentes na zona rural. Apresenta 103 localidades, sendo 83 na área urbana e 20 na área rural, distribuídas em 6 regiões administrativas. De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (2017), São José de Ribamar possui 29 Unidades de Saúde de Atenção Primária e 36 equipes trabalhando na Estratégia Saúde da Família. O município de Conceição do Lago-Açu - MA ocupa uma área de 736,97 Km². Segundo dados do Censo 2000 – IBGE, o município possui 14.436 habitantes, sendo 47,5% na área urbana e 52,4% na área rural. A Secretaria Municipal de Saúde registra a existência de 5 Unidades de Saúde de Atenção Primária e 6 equipes trabalhando na Estratégia saúde da Família. Serão estudados três grupos de informantes-chave. O primeiro e o segundo grupo serão formados por profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e por gestores da Secretaria Municipal de Saúde incluindo o coordenador da Atenção Básica, diretor da unidade básica de saúde e supervisores. O terceiro grupo será composto por amostra representativa de todos os usuários das unidades de Saúde da Família em cada um dos municípios, sendo estes usuários adultos ou acompanhantes adultos de

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



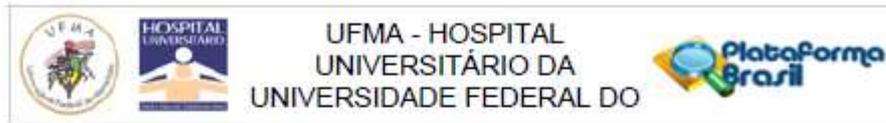
Continuação do Parecer: 2.788.428

crianças ou incapacitados. O grupo de profissionais será composto a partir do censo das unidades de Saúde da Família nos Municípios. O médico ou enfermeiro será entrevistado em cada unidade. Já os informantes-chave para o nível municipal serão selecionados entre os gestores da Secretaria Municipal de Saúde e supervisores do PSF que tenham pelo menos seis meses de experiência nessas Secretarias. O tamanho amostral de usuários de serviços foi calculado levando-se em consideração o nível de confiança de 95%, erro de estimação de 3% e uma população estimada de 3000 usuários por equipe em São José de Ribamar e 2000 em Conceição do Lago-Açu, o que resultou numa amostra de 2116 usuários dos serviços. Em cada UBS será selecionado um número determinado de usuários a serem entrevistados nos dias elegíveis, por sorteio. Serão utilizados instrumentos validados no Brasil a partir dos componentes do Primary Care Assessment Tool (PCATool), formulados e validados para avaliar a atenção primária (STARFIELD 2000; 1998; ALMEIDA, MACINCKO, 2006). O instrumento que será utilizado, embasado no marco teórico da atenção primária à saúde, mede a presença e a extensão dos principais atributos (coordenação, acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, enfoque familiar, orientação para a comunidade e formação profissional) da atenção primária e o grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde. A dimensão "Formação profissional" não integra o elenco de dimensões trabalhado por Starfield, mas foi considerada importante nesta avaliação, porque existem programas específicos de capacitação para profissionais que atuam neste âmbito da atenção. Cada questionário tem cerca de 100 perguntas específicas, que correspondem a um indicador relacionado com uma determinada dimensão da atenção básica. Existem seis opções de resposta para cada pergunta e essas opções são iguais para cada tipo de entrevistado. Cada resposta ("nunca", "quase nunca", "algumas vezes", "muitas vezes", "quase sempre" e "sempre") será então convertida em um escore que varia entre 0 e 5. O escore "0" corresponde à resposta "nunca", "1" corresponde à resposta "quase nunca", e assim sucessivamente. No caso da enquete com os usuários, como existem também as opções "recusa" e "não sabe", serão codificadas na análise como valores em branco.

Critério de Inclusão:

Para inclusão no grupo de profissionais e gestores das Secretarias Municipais de Saúde e supervisores da ESF serão elegíveis os profissionais que estejam exercendo suas atividades há pelo menos 3 meses. Os critérios de inclusão dos usuários dos serviços de saúde serão: ter pelo menos 18 anos de idade, estar cadastrado na ESF e ter sido atendido anteriormente pela equipe. Serão ainda incluídas todas as gestantes e mulheres que já tiveram filhos, independente da sua idade.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Projeto: 2.788.428

Para os usuários de serviço de saúde menores de idade ou incapacitados, o respondente do questionário será o acompanhante que deverá já ter acompanhado o usuário na unidade em outra oportunidade e ter pelo menos 18 anos, com exceção das mães acompanhando seus filhos.

Metodologia de Análise de Dados:

A qualidade dos serviços será definida pelos escores obtidos, conforme orientação do plano de análise dos instrumentos. Para se obter o escore de qualidade da Atenção Básica de Saúde, será calculada a média dos valores dos itens que compõem cada dimensão considerada no instrumento de pesquisa. Os escores dos indicadores serão somados para construir um Índice Composto para cada dimensão da Atenção Básica. Por exemplo, todos os escores das perguntas sobre acesso serão somados e a média dessa soma representará o Índice Composto de Acesso. Esse processo será seguido para construir oito índices compostos, isto é, um índice composto para cada dimensão. Por último, será criado um Índice Composto Total da Atenção Básica que será obtido a partir da soma de todos os oito índices compostos. Esse último índice representa a experiência total de atenção básica. A análise será realizada utilizando o software Stata 14.0.

Desfecho Primário:

Relatório executivo para os gerentes das unidades de saúde e gestor municipal de saúde.

Desfecho Secundário:

Produtos para divulgação junto a Secretaria municipal de Saúde e instâncias de controle social das políticas de saúde. Dissertações de mestrado.

Tamanho da Amostra no Brasil: 2.206

Objetivo da Pesquisa:

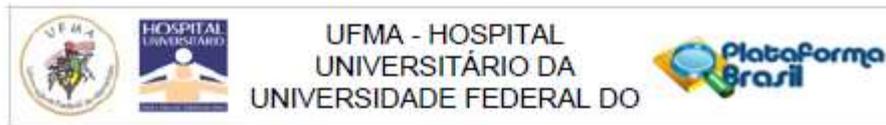
Objetivo primário:

Avaliar a qualidade dos serviços de Atenção Primária em Saúde existentes em dois municípios do MA.

Objetivo Secundário:

- Identificar as características organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde;
- Mensurar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Básica nos serviços de atenção

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Protocolo: 2.788.428

básica;

- Avaliar o desempenho da Atenção Básica como "porta de entrada" do Sistema Único de Saúde;
- Elaborar o perfil dos serviços de atenção básica nos municípios, comparando determinadas dimensões organizacionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Segundo o pesquisador a participação traz poucos riscos aos participantes de pesquisa. Todos eles receberão explicação clara sobre os objetivos do estudo. As entrevistas serão iniciadas somente após a leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos adultos selecionados, respeitando-se os princípios éticos e legais da Resolução nº 466/12. Para garantir a confidencialidade dos informantes apenas as respostas agregadas serão relatadas. Nenhuma resposta individual será atribuída à sua fonte pessoal original. Todos os questionários e entrevistas serão guardados em lugar seguro e confidencial. Caso o participante de pesquisa seja analfabeto o entrevistador lerá o termo de consentimento para ele e assinará por ele, uma vez manifestada explicitamente a sua concordância com os termos do consentimento, assegurando sua livre vontade de participar da pesquisa. Os participantes da pesquisa poderão se recusar a participar ou a responder qualquer pergunta. Para assegurar a confidencialidade das informações e proteger a identidade, os participantes de pesquisa não serão identificados. As entrevistas serão realizadas numa área da unidade onde o participante de pesquisa tenha maior privacidade.

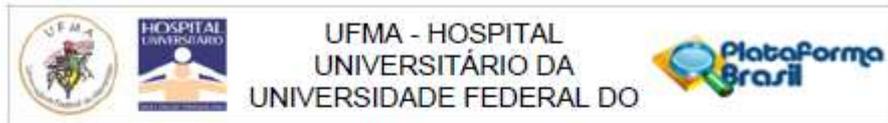
Benefícios:

Quanto aos benefícios o pesquisador informa que os resultados dessa pesquisa vão contribuir para aprofundar os conhecimentos sobre a qualidade da atenção ofertada pelos serviços de atenção primária. Isso pode ajudar a identificar pontos que necessitem de melhoria da assistência prestada. A perspectiva de melhorar a assistência se traduz em cuidados mais adequados às necessidades de saúde dos usuários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa possui relevância social e científica por propor uma avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária, contribuir para aprofundar os conhecimentos sobre os serviços ofertada, bem como, identificar pontos que necessitem de melhoria da assistência prestada.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.788.428

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013(item 3/ 3.3.).

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

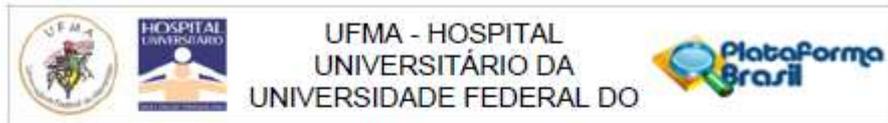
O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Cronograma	cronograma_atualizado.doc	25/07/2018 15:23:35	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
Outros	termoconsentimento.doc	25/07/2018 14:16:54	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.788.428

Cronograma	Cronograma.doc	25/07/2018 12:08:59	Rita da Graça Carvalho Frazão Correia	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1017885.pdf	25/06/2018 15:00:28		Aceito
Outros	carta_pendencia2.pdf	25/06/2018 14:59:38	MARIA TERESA SEABRA SOARES DE BRITTO E	Aceito
Outros	carta_pendencia.pdf	01/06/2018 17:19:18	MARIA TERESA SEABRA SOARES DE BRITTO E	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	3PROJETO.docx	01/06/2018 17:11:21	MARIA TERESA SEABRA SOARES DE BRITTO E	Aceito
Cronograma	Cronograma1.doc	02/05/2018 18:10:05	MARIA TERESA SEABRA SOARES DE BRITTO E	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	04/04/2018 13:50:44	MARIA TERESA SEABRA SOARES DE BRITTO E ALVES	Aceito
Folha de Rosto	avaliacao.pdf	04/04/2018 13:41:59	MARIA TERESA SEABRA SOARES DE BRITTO E	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 27 de Julho de 2018

Assinado por:
Dorlene Maria Cardoso de Aquino
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br

ANEXO E – Normas de publicação do periódico



Submissão

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Escopo e política editorial

Interface – Comunicação, Saúde, Educação é uma publicação interdisciplinar, exclusivamente eletrônica, em acesso aberto, trimestral, editada pela Universidade Estadual Paulista – Unesp, (Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu. Tem como missão publicar artigos e outros materiais relevantes sobre a Educação e Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia, as Artes e as Ciências Sociais e Humanas, que contribuem para o avanço do conhecimento nessas áreas.

Interface – Comunicação, Saúde, Educação integra a coleção de periódicos indexados na base SciELO e adota o sistema *ScholarOneManuscripts* para submissão e avaliação de manuscritos (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>). Prioriza abordagens críticas e inovadoras e a pesquisa qualitativa e não cobra taxas para submissão e acesso aos artigos. Publica apenas textos inéditos e originais, sob a forma de artigos de demanda livre, analíticos e/ou ensaísticos, revisão de temas atuais, resenhas críticas, relatos de experiência, debates, entrevistas; e veicula cartas e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Também publica temas relevantes e/ou emergentes, desenvolvidos por autores convidados, especialistas no assunto. Não são aceitas traduções de textos publicados em outro idioma.

Os manuscritos submetidos passam por um processo de avaliação de mérito científico **por pares**, utilizando critérios de originalidade e relevância temática, rigor científico e consistência teórica e metodológica. Os avaliadores são selecionados entre membros do Conselho Editorial ou pareceristas *ad hoc*, pesquisadores da área do escopo do trabalho submetido, de diferentes regiões e instituições de ensino e/ou pesquisa. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

Interface segue os princípios da ética na publicação científica contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics (COPE) – <http://publicationethics.org> e utiliza o sistema *Turnitin* para identificação de plágio, licenciado pela Unesp.

Todo o conteúdo de Interface, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo CC-BY. Mais detalhes, consultar: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

A submissão de manuscritos é feita apenas *online*, pelo sistema *ScholarOneManuscripts*. (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>)

Recomenda-se a leitura atenta das Instruções antes dos autores submeterem seus manuscritos à Interface, uma vez que a submissão está condicionada ao atendimento às normas adotadas pelo periódico. O não atendimento dessas normas poderá acarretar a rejeição da submissão na análise inicial.

SEÇÕES DA REVISTA

Editorial – texto temático de responsabilidade dos editores ou de pesquisadores convidados (até duas mil palavras).

Dossiê – conjunto de textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Artigos – textos analíticos resultantes de pesquisas originais teóricas ou empíricas referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Revisão – textos de revisão da literatura sobre temas consagrados pertinentes ao escopo da revista (até seis mil palavras).

Debates – conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil e quinhentas palavras; réplica: até mil e quinhentas palavras).

Espaço Aberto – textos embasados teoricamente que descrevam e analisem criticamente experiências relevantes para o escopo da revista (até cinco mil palavras).

Entrevistas – depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

Resenhas – textos de análise crítica de publicações lançadas no Brasil ou exterior nos últimos dois anos, expondo novos conhecimentos além do simples resumo da publicação, sob a forma de livros, filmes ou outras produções recentes e relevantes para os temas do escopo da revista (até três mil palavras).

Criação – textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

Notas breves – notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores e obituários com análise da obra e contribuição científica do homenageado (até duas mil palavras).

Cartas ao Editor – comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Nota

– Na contagem de palavras do texto incluem-se referências, quadros e tabelas e excluem-se título, resumo e palavras-chave.

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

Formato e Estrutura

1 Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista.

Todos os originais submetidos à publicação, **sem exceção**, devem ter autoria com a afiliação completa (Instituição, cidade, estado e país) e ID do ORCID , título próprio diferente do título da seção, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol), citações e referências bibliográficas. Devem conter, também, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas, com exceção das seções Resenhas, Notas breves e Cartas ao Editor.

Notas

. O texto inicial da seção Debates deve dispor de título, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol). Os demais textos do Debate devem apresentar apenas título nos três idiomas.

. As entrevistas devem dispor de título e palavras-chave nos três idiomas.

. As resenhas devem apresentar, na primeira página do texto, o título da obra resenhada no seu idioma original, seguido de um subtítulo alusivo ao tema da obra resenhada, elaborada pelo autor da resenha.

2 As seguintes precauções devem ser tomadas pelos autores ao submeter seu manuscrito:

– Excluir do texto todas as informações que identificam a autoria do trabalho, em referências, notas de rodapé e citações, substituindo-as pela expressão **NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]**. Os dados dos autores são informados **apenas** em campo específico do formulário de submissão.

– Em documentos do *Microsoft Office*, remover a identificação do autor das Propriedades do Documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como... > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança... > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar.

– Em PDFs, também remover o nome dos autores das Propriedades do Documento, em Arquivo, no menu principal do *Adobe Acrobat*.

– Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de autoria também são incluídas em campo específico do formulário de submissão.

Nota

. Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, **todas as informações que foram omitidas devem ser incluídas novamente pelos próprios autores do texto**.

3 O número máximo de autores do manuscrito está limitado a **cinco**. A partir desse número é preciso apresentar uma justificativa, que será analisada pelo Editor. A **autoria** implica assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido à publicação e deve estar baseada na contribuição efetiva dos autores no que se refere a: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do seu conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. **Todas essas condições devem ser atendidas**.

Nota

. O número máximo de manuscritos de um mesmo autor, nos Suplementos, está limitado a **três**.

4 A página inicial do manuscrito (**Documento principal**) deve conter as seguintes informações (em português, espanhol e inglês): título, resumo e palavras-chave. Na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave. **Observe as exceções indicadas no item 1, em relação a essas informações**.

4.1 Título: deve ser conciso e informativo (até vinte palavras).

Notas

. Se no título houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas vinte palavras.

. Se no título houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas vinte palavras.

4.2 Resumo: deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras). Deve-se evitar a estrutura do resumo em tópicos (Objetivos, Metodologia, Resultados, Conclusões).

Notas

. Se no resumo houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas 140 palavras.

. Se no resumo houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 140 palavras.

4.3 Palavras-chave: devem refletir a temática abordada (de três a cinco palavras).

5 Notas de rodapé são identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses.

Devem ser sequenciais às letras utilizadas na autoria do manuscrito. **E devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.**

6 Manuscritos referentes a pesquisa com seres humanos devem incluir informação sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme a Resolução nº 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde, ou a Resolução nº 510/2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Deve-se informar **apenas** o número do processo, apresentando-o no corpo do texto, no final da seção sobre a metodologia do trabalho. **Esse número deve ser mantido na versão final do manuscrito, se for aprovado para publicação.**

7 Manuscritos com ilustrações devem incluir seus respectivos créditos ou legendas e, **em caso de imagens de pessoas, deve-se incluir também a autorização para o uso dessas imagens pela revista.**

8 Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho 16 x 20 cm, com legenda e fonte Arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em *Word* ou *Excel*. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (*Photoshop* ou *Corel Draw*). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados do texto original (Documento principal), **com seus respectivos créditos ou legendas e numeração.** No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

Nota

. No caso de textos submetidos para a seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 300 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

9 Interface adota as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos. Detalhes sobre essas normas e outras observações referentes ao formato dos manuscritos encontram-se no final destas Instruções.

SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

1 O processo de submissão é feito apenas *on-line*, no sistema *ScholarOneManuscripts*. Para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Para isso é preciso acessar o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e seguir as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, basta clicar em “**Autor**” e iniciar o processo de submissão.

Nota

No cadastro de todos os autores, é necessário que as palavras-chave referentes às suas áreas de atuação estejam preenchidas. Para editar o cadastro é necessário que cada autor realize *login* no sistema com seu nome de usuário e senha, entre no Menu, no item “**Editar Conta**”, localizado no canto superior direito da tela e insira as áreas de atuação no passo 3. As áreas de atuação estão descritas no sistema como **Áreas de expertise**.

2 Interface – Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos e originais, submetidos somente a este periódico, serão encaminhados para avaliação. Os autores devem declarar essas condições em campo específico do formulário de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea a outro periódico, o manuscrito será desconsiderado. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento está disponível para *upload* no sistema.

3 Os dados dos autores, informados em campo específico do formulário de submissão, incluem:

– Autor principal: **vínculo institucional** (apenas um, completo e por extenso), na seguinte ordem: Departamento, Unidade, Universidade. Endereço institucional completo para correspondência (logradouro, número, bairro, cidade, estado, país e CEP). Telefones (fixo e celular) e apenas **um e-mail** (preferencialmente institucional). ID do ORCID.

– Coautores: **vínculo institucional** (apenas um, completo e por extenso), na seguinte ordem: Departamento, Unidade, Universidade, cidade, estado, país. E-mail institucional. ID do ORCID.

Notas

. Os dados de **todos os autores** devem incluir, **obrigatoriamente**, o **ID do ORCID** (os links para criação ou associação do ID do ORCID existente encontram-se disponíveis no sistema *ScholarOne*, na Etapa 3 da submissão). No ORCID devem constar **pelo menos** a instituição a que o autor pertence e a sua função.

. Não havendo vínculo institucional, informar a formação profissional.

. Em caso do autor ser aluno de graduação ou de pós-graduação, deve-se informar:

Graduando do curso de ...Pós-graduando do curso..., indicando, entre parênteses, se é Mestrado, Doutorado ou Pós-Doutorado.

. Titulação, cargo e função dos autores **não devem ser informados**.

. Sempre que o autor usar nome composto em referências e citações, esse dado também deve ser informado.

Exemplo: autor Fabio Porto Foresti; em referências e citações indica-se **Porto-Foresti, Fabio**.

4 Em caso de texto que inclua ilustrações, essas são inseridas com seus respectivos créditos ou legendas como documentos suplementares ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

Nota

. Em caso de imagens de pessoas, os autores devem providenciar uma autorização para uso dessas imagens pela revista, que também será inserida como documento suplementar ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

5 O título (até vinte palavras), o resumo (até 140 palavras) e as palavras-chave (de três a cinco), **na língua original do manuscrito** e as ilustrações são inseridos em campo específico do formulário de submissão.

6 Ao fazer a submissão, em **Página de Rosto**, o autor deverá redigir uma carta explicitando se o texto é inédito e original, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se há conflitos de interesse (qualquer compromisso por parte dos autores com as fontes de financiamento ou qualquer tipo de vínculo ou rivalidade que possa ser entendido como **conflito de interesses** deve ser explicitado) e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, indicando o número do processo e a instituição. Caso o manuscrito **não envolva** pesquisa com seres humanos, também é preciso declarar isso em **Página de Rosto**, justificando a não aprovação por Comitê de Ética.

Da mesma forma, se entre os autores há alunos de graduação, é preciso declarar isso neste campo do formulário.

Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas não preenchem os critérios de autoria, também são incluídas neste campo do formulário.

Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, em **Página de Rosto**, as responsabilidades individuais de cada um na preparação do manuscrito, incluindo os seguintes critérios de autoria: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. **Todas essas condições devem ser atendidas.**

7 No caso de submissão de **Resenha**, em **Página de Rosto** o autor deve incluir todas as informações sobre a obra resenhada, no padrão das referências usadas em Interface (Vancouver), a saber:

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n): página inicial e final. Deve incluir, ainda, a imagem da capa da obra resenhada, como documento suplementar ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

8 No item **Contribuição à Literatura** o autor deverá responder à seguinte pergunta: O que seu texto acrescenta em relação ao já publicado na literatura nacional e internacional?

Nota

. Nesta breve descrição é necessário inserir a especificidade dos resultados de pesquisa, da revisão ou da experiência no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, ressaltando o caráter inédito do trabalho; manuscritos que focalizem questões de interesse apenas local e apresentem abordagens essencialmente descritivas do problema não são prioridade da revista e devem ser evitados.

9 O autor pode indicar um avaliador (do país ou exterior) que possa atuar no julgamento de seu trabalho, **desde que não pertença à mesma instituição do (s) autor (es) do manuscrito**. Se houver necessidade, também deve informar sobre pesquisadores com os quais possa haver conflitos de interesse com seu artigo.

AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS E PUBLICAÇÃO DOS ORIGINAIS APROVADOS

Interface adota a política editorial estrita de **avaliação de mérito científico por pares, realizada em duas etapas: pré-avaliação e revisão por pares**.

Pré-avaliação: todo manuscrito submetido à Interface passa por uma triagem inicial para verificar se está dentro da área de abrangência da revista, se atende às normas editoriais e para identificar pendências na submissão e documentação, incluindo identificação de plágio e auto-plágio, só confirmando a submissão se cumprir todas as normas da revista e quando todos os documentos solicitados estiverem inseridos no sistema. A análise da triagem inicial é concluída pelos editores e editores associados e só seguem para a revisão por pares os textos que:

- atendam aos requisitos mínimos de um artigo científico e ao escopo da revista;
- apresentem relevância e originalidade temática e de resultados e adequação da abordagem teórico-metodológica.

Revisão por pares: o texto cuja submissão for confirmada segue para revisão *por pares* (duplo-cego), no mínimo por dois avaliadores, que seguem critérios de originalidade e relevância temática, rigor científico e consistência teórica e metodológica. Os avaliadores são selecionados entre membros do Conselho Editorial ou pareceristas *ad hoc*, pesquisadores da área do escopo do trabalho de diferentes regiões e instituições de ensino e/ou pesquisa.

O material será devolvido ao autor caso os revisores sugiram **pequenas mudanças e/ou correções**. Neste caso, caberá uma nova rodada de avaliação do manuscrito revisito.

Notas

. Em caso de divergência de pareceres, o texto é encaminhado a um novo relator, para arbitragem.

. A decisão final sobre o mérito científico do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

Edição de artigo aprovado: uma vez aprovado, os autores recebem uma correspondência com orientações específicas sobre o envio da versão final do texto, para dar início ao processo de edição para publicação e marcação dos originais. Essas orientações incluem:

- atualização dos dados completos do (s) autor (es), confirmando o vínculo institucional ou a formação profissional, **e o ID do ORCID**, como já indicado **no item 3 de SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS**;
- revisão final do texto, incluindo título, palavras-chave, citações e referências, e dos resumos (português, inglês e espanhol), por profissionais especializados indicando, com outra cor de fonte, as correções efetuadas nesta última versão;
- em caso de artigo com dois ou mais autores, inserção, nesta versão final do texto, **antes das Referências**, do item **Contribuições dos autores**, especificando as responsabilidades individuais de cada um na produção do manuscrito, como está explicitamente indicado **no item 6 de SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS**;
- em caso de agradecimentos a pessoas ou instituições, inseri-los também, na versão final do texto, antes das **Referências**, no item **Agradecimentos**.

O processo de edição do artigo aprovado inclui a normalização, diagramação e revisão do material pela equipe técnica de Interface e a aprovação final da versão em PDF pelos autores.

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista do Corpo Editorial da revista.

Notas

. Caso tenham interesse de publicar seu artigo na língua inglesa, os autores devem manifestar o interesse e contatar imediatamente a Secretaria da revista para informações sobre prazos, custos, contato com profissionais credenciados etc. Essas despesas serão assumidas totalmente pelos autores. As duas versões (português e inglês) serão publicadas na SciELO Brasil.

. Interface passou a adotar a publicação contínua de seus artigos, **publicados em um único volume ao ano**, de forma ininterrupta, de acordo com orientação da SciELO. No Sumário eletrônico da revista, na SciELO e em seu site, apenas a seção a que o artigo foi submetido será indicada.

PROCESSAMENTO DE MANUSCRITOS EM ACESSO ABERTO

Interface – Comunicação, Saúde, Educação é um periódico de acesso aberto, *on-line* e digital. O movimento internacional de acesso aberto busca garantir o acesso universal a um bem que deve ser de toda a humanidade: o conhecimento. Os custos de produção dos periódicos neste modelo de acesso aberto, ao não serem financiados pelos leitores, requerem um financiamento público.

Durante 19 anos Interface foi mantida quase exclusivamente com recursos públicos. Como atualmente a captação deste recurso cobre parcialmente seus custos, a revista passou a adotar taxa de publicação de manuscritos aprovados, para assegurar sua periodicidade, regularidade, qualidade e o acesso aberto aos artigos publicados.

Taxa de publicação

Os procedimentos para o pagamento desta taxa serão informados pela secretaria da revista após a aprovação do artigo, quando tem início o processo de preparação dos originais para publicação. Esta taxa será cobrada apenas para artigos aprovados para as seções **Dossiê, Artigos, Revisão e Espaço Aberto**.

1 Para manuscritos com até 5000 palavras: **R\$ 700,00**
2 Para manuscritos com mais de 5000 palavras: **R\$ 800,00**

A taxa deverá ser paga mediante um depósito em conta bancária cujos dados encontram-se a seguir:

Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar
CNPJ: 46.230.439/0001-01

Banco Santander
Agência 0039
Conta Corrente: 13-006625-3

No valor **não está incluído** o custo com a tradução do artigo para o inglês, caso haja interesse. Este custo é responsabilidade dos autores do artigo em publicação.

O valor da taxa pode variar em função de maior ou menor captação de recursos públicos.

NORMAS VANCOUVER – citações e referências

CITAÇÕES NO TEXTO

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos. Não devem ser inseridas no modo automático, nem como referência cruzada.

Exemplo:

Segundo Teixeira¹

De acordo com Schraiber²...

Casos específicos de citação

1 Referência de mais de dois autores: inserida no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

2 Citação literal: deve ser inserida no parágrafo, entre aspas (aspas duplas), e acompanhada da página da citação entre parênteses, com a pontuação no final.

Exemplo:

Partindo dessa relação, podemos afirmar que a natureza do trabalho educativo corresponde ao “[...] ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens”² (p. 13).

Notas

– No caso da citação vir com aspas no texto original, substituí-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo:

“Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM”¹ (p. 47).

– No fim de uma citação o sinal de pontuação ficará dentro das aspas se a frase começa e termina com aspas.

Exemplo:

“Estamos, pois, num contexto em que, como dizia Gramsci, trata-se de uma luta entre o novo que quer nascer e o velho que não quer sair de cena.”⁹ (p. 149)

– Quando a frase não está completa dentro das aspas, a pontuação deve ficar fora das aspas.

Exemplo:

Na visão do CFM, “nunca houve agressão tão violenta contra a categoria e contra a assistência oferecida à população” (p. 3).

3 Citação literal de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com recuo de 4cm à esquerda, espaço simples, tipo de fonte menor que a utilizada no texto, sem aspas e acompanhada da página da citação entre parênteses (após a pontuação da citação).

Exemplo:

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver.² (p. 42)

Nota

Fragmento de citação no texto

– utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

REFERÊNCIAS (Transcrito e adaptado de Pizzani L, Silva RC, fev 2014; Jeorgina GR, 2008) Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE): <http://www.icmje.org>.

Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no *Index Medicus*: <http://www.nlm.nih.gov>.

As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo. A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências:

Dar um espaço após ponto.

Dar um espaço após ponto e vírgula.

Dar um espaço após dois pontos.

Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

EXEMPLOS:

LIVRO

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Exemplo:

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Sem indicação do número de páginas.

Notas

– **Autor é uma entidade:** SÃO PAULO (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Manjuba (ancharellalepidentostole) no rio Ribeira de Iguape. São Paulo: Ibama; 1990.

– **Séries e coleções:** Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

CAPÍTULO

DE

LIVRO

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

Exemplos:

– Autor do livro igual ao autor do capítulo:
Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

– Autor do livro diferente do autor do capítulo:
Cyrino EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu– Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

- * Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.
 ** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

ARTIGO **EM** **PERIÓDICO**
 Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número/suplemento):página inicial-final do artigo.

Exemplos:

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzanelli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

- * Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.
 ** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

DISSERTAÇÃO **E** **TESE**
 Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.

Exemplos:

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

Exemplo:

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [citado 30 Out 2013]. Disponível em: www.google.com.br

- * Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de citação (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: <http://www.....>

DOCUMENTO **LEGAL**
 Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

Exemplos:

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.

- * Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT – 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

RESENHA

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

ARTIGO**EM****JORNAL**

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

Exemplo:

Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

CARTA**AO****EDITOR**

Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano; v(n.):página inicial-final.

Exemplo:

Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1143-4.

ENTREVISTA**PUBLICADA**

– Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.

Exemplo:

YrjöEngeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

– Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

Exemplo:

Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de YrjöEngeström]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

DOCUMENTO**ELETRÔNICO**

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de citação com a expressão "citado"]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:"

– **Com paginação:** Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: anupdate. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [citado 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>.

– **Sem paginação:** Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota

– Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o DOI junto; em outros casos, nem sempre).

Outros exemplos podem ser encontrados em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

OUTRAS OBSERVAÇÕES

TÍTULOS E SUBTÍTULOS

- 1 Título do manuscrito – em negrito, com a primeira letra em caixa alta
- 2 Títulos de seção (Introdução, Metodologia, Resultados, Considerações finais...) – em negrito, apenas com a primeira letra em caixa alta
- 3 Quando houver subdivisão na seção assinalar da seguinte forma [**subtítulo**],
- 4 Caso esta subdivisão ainda tenha outra subdivisão: assinalar [**sub-subtítulo**] e assim sucessivamente.

Nota

– Excluir números e marcadores automáticos antes dos títulos e subtítulos.

Exemplo: 1 Introdução, 2 Metodologia... **Fica apenas** Introdução, Metodologia...

PALAVRAS-CHAVE

Apenas a primeira letra em caixa alta, o resto em caixa baixa. Ponto final entre as palavras-chave.

NOTAS

DE

RODAPÉ

1 Nota de rodapé vinculada ao título do texto deve ser identificada com asterisco (*), ao final do título.

2 Informações dos autores devem ser indicadas como nota de rodapé, iniciando por ^(a), indicadas entre parênteses.

Nota

– Essas notas devem ser curtas, devido ao espaço restrito da página de rosto do artigo.

3 No corpo do texto as notas de rodapé devem seguir a sequência iniciada na página de rosto (se o texto tiver dois autores, por exemplo, a primeira nota de rodapé do texto deve ser ^(c)).

Nota

– Notas de rodapé devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

DESTAQUE DE PALAVRAS OU TRECHOS NO TEXTO

Devem estar entre aspas (aspas duplas).

Interface **não** utiliza negrito ou itálico para destaque.

Itálico é usado apenas para grafia de palavras estrangeiras.

Os destaques entre aspas devem ser sucintos, usados somente quando necessário.

USO DE CAIXA ALTA OU CAIXA BAIXA (baseado em: FRITSCHER, Carlos Cezar et al. Manual de urgências médicas. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002, p. 468.)

Emprega-se caixa alta:

- 1 No início de período ou citação.
- 2 Nos nomes dos corpos celestes: Saturno, Sol, Marte, Via Láctea.

3 Nos nomes dos pontos cardeais e dos colaterais quando indicam as grandes regiões do Brasil do mundo: Sul, Nordeste.

Nota

– Quando designam direções ou quando se empregam como adjetivo, escrevem-se com **caixa baixa**: o nordeste do Rio Grande do Norte.

4 Na palavra **estado**, quando personificada ou individualizada: o Estado (Brasil).

5 Nos pronomes de tratamento e nas suas abreviaturas: Vossa Excelência, Senhor, Dona.

6 Em siglas:

. se pronunciável pelas letras (UFGRS, UFF, OMS): tudo em caixa alta;

. se pronunciável como palavra (Unesp, Unicef...): só a primeira letra em caixa alta.

Exceções: ONU, UEL, USP.

Nota

– Ao usar sigla, primeiro escreve-se por extenso e depois a sigla, entre parênteses.

7 Na primeira letra de palavras que indicam datas oficiais e nomes de fatos ou épocas históricas, de festas religiosas, de atos solenes e de grandes empreendimentos públicos ou institucionais: Sete de Setembro, Idade Média, Festa do Divino, Dia de Natal.

8 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de disciplinas de um currículo, de uma área de estudo ou exame: História da Educação, Psicologia, Avaliação, Exame da Ordem.

9 Na primeira letra de palavras que indicam áreas do conhecimento, instituições e religiões: Saúde Coletiva, Epidemiologia, Medicina, Enfermagem, Educação, História, Ciências Sociais, Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Cristianismo.

10 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de leis, decretos, atos ou diplomas oficiais: Lei dos Direitos Autorais nº 9.609.

11 Na primeira letra de todos os elementos de um nome próprio composto, unidos por hífen: Pró-Reitoria de Graduação, Pós-Graduação em Finanças.

12 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de eventos (cursos, palestras, conferências, simpósios, feiras, festas, exposições, etc.): Simpósio Internacional de Epilepsia; Jornada Paulista de Radiologia, Congresso Brasileiro de Solos.

13 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de diversos setores de uma administração ou instituição: Reitoria, Pró-Reitoria de Extensão Universitária, Assessoria Jurídica, Conselho Departamental, Departamento de Jornalismo, Centro de Pastoral Universitária.

14 Na primeira letra de palavras que indicam acidentes geográficos e sua denominação: Rio das Antas, Serra do Mar, Golfo Pérsico, Cabo da Boa Esperança, Oceano Atlântico.

15 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de logradouros públicos: Avenida Faria Lima, Rua Madalena, Parque Trianon, Praça Michelângelo.

Emprega-se

caixa

baixa:

1 Na designação de profissões e ocupantes de cargo: presidente, ministro, senador, secretário, papa, diretor, coordenador, advogado, professor, reitor.

2 Em casos como os seguintes: era espacial, era nuclear, era pré-industrial, etc.

USO**DE****NUMERAIS****Escrever por extenso:**

- de zero a dez;
- dezenas e centenas “cheias”: dez pacientes; vinte carros; trezentas pessoas; oitenta alunos, seiscentos internos...
- quantidade aproximada: Eram cerca de quatrocentos alunos.
- unidades de ordem elevada: A grande São Paulo possui cerca de vinte milhões de habitantes.

Escrever em algarismos numéricos:

- a partir do número 11;
- quando seguidos de unidades padronizadas: 10cm; 6l; 600m

USO DE CARDINAIS

Escrever por extenso: – de zero a dez.